WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK IV 1932 NUMER 4

Dr. REISS, Shanghai.

O LECZENIU SYFILISU MALARJĄ.

(Referat według Therap. Berichte, tom VII, Nr. 12).

Fakt, że choroby umysłowe poprawiają się pod wpływem chorób gorączkowych był znany już w starożytności. *Hippokrates* opisuje podobne spostrzeżenia w przypadkach padaczki. *Galen* zaś donosi o wyleczeniu choroby umysłowej po przebyciu zimnicy. Wpływ duru brzusznego, ospy, płonicy, odry i róży na choroby metaluetyczne jest znany już oddawna. Świadome, systematyczne prace ukazują się jednak dopiero od roku 1874, gdy *Rosenbaum* pierwszy zaczął w Odesie leczyć metodycznie porażenie postępujące durem powrotnym.

W roku 1887 rozpoczął *Wagner — Jauregg* swe próby leczenia ogólnego paraliżu gorączką. Kiłowe pochodzenie porażenia postępującego było już wówczas znane *(Fournier)*, lecz mimo to istniały jeszcze co do tego wątpliwości aż do Zjazdu Dermatologów w Wiedniu w r. 1913, gdy *Noguchi* wykazał obecność krętków bladych w mózgu paralityków. Następnie *Mattauscheck* i *Pilcz* wykazali, że chorzy kiłowi, którzy dostali porażenia postępującego, nigdy nie pochodzili z okolicy malarycznej, ani też nigdy na malarję nie chorowali.

Powstaje więc pytanie, czy może byłoby wskazane, aby również i owrzodzenie pierwotne lub kiłę drugorzędową z prawidłowym płynem mózgowo-rdzeniowym leczyć zimnicą. Właściwie określenie „prawidłowy płyn“ odnosi się tylko do jego własności chemiczno-anatomicznych, gdyż *Kerl, Arzt* i *Frühwald* wykazali, że takie płyny mogą mimo to zawierać krętki blade. Cóż może dać w takich przypadkach leczenie zimnicą?

Przebycie malarji mogłoby zabezpieczyć przed odkładaniem się krętków w tkance nerwowej i chronić w ten sposób przed ciężkiemi chorobami metasyfilitycznemi. Pogląd ten jest, oczywiście, tylko przypuszczeniem, opartem na pewnych danych statystycznych. Czas leczenia malarją niepowikłanej kiły pierwszorzędowej jest jeszcze zbyt krótki, aby można było na podstawie przy-

kładów wyciągnąć bardziej stanowcze wnioski. Czyż to jednak jest niezbędnie potrzebnem, aby wczesnych syfilityków zarażać zimnicą? Czy nasze metody chemoterapeutyczne nie są wystarczające? — Pod wpływem leczenia Neosalvarsanem znikają szybko i niezawodnie wszystkie widoczne objawy kiły. Objawy podrażnienia opon ustępują, i po odpowiedniem, konsekwentnie przeprowadzonem leczeniu, można uważać kiłę za zupełnie wyleczoną. Twierdzenie to nie należy bynajmniej uważać za zbyt optymistyczne, gdyż doświadczenie stale potwierdza je całkowicie. Zupełnie inaczej natomiast przedstawia się sprawa, gdy zadamy pytanie, jak powinniśmy się zachować w starszych przypadkach kiłowych, w których płyn mózgowo-rdzeniowy daje ujemny odczyn Wassermanna, odczyn zaś we krwi jest dodatni. Wiadomo, że nierzadko spotyka się u chorych kiłowych swoiste zmiany tętnic mózgowych lub małe kilaki, — nie dowodzi to jednak bynajmniej, że chorzy tacy koniecznie muszą dostać porażenia postępującego lub wiądu rdzenia. Od czasu prac *Jeanselma* i *Chevalliera* oraz *Ravauta* wiemy, że preparalityczne i pretabetyczne objawy podrażnienia opon mózgowych bardzo rzadko występują w późnych okresach, wobec czego syfilitycy, którzy w 5-ym lub 6-ym roku mają jeszcze prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy, są mało narażeni na to, że w przyszłości zachorują na p. p. *Mras* badał systematycznie na klinice *Fingera* płyn mózgowo-rdzeniowy w 177 przypadkach i stwierdził dodatni odczyn płynu:

w 1-em półroczu	w 15%
w 2-em półroczu	w 34%
w 1-ym roku	w 49%
w 2-im roku	w 25%
w 3-im roku	w 10%
w 4-ym roku	w 8%
w 5-ym roku	w 6%
w 6-ym roku	w 2%

Można więc przyjąć, że po 5-ym roku prawdopodobieństwo zmiany odczynu płynu jest już bardzo małe. Dane te odnoszą się do większych zmian płynu. Wobec tego, że według *Gerstmanna* $^1/_5$ wszystkich bezobjawowych syfilityków ma mniejsze lub większe zmiany płynu, u chorych takich powinno się myśleć o leczeniu zimnicą, którego wolno zaniechać jedynie w przypadkach płynu zupełnie prawidłowego. Wczesnych oznak kiły nerwowej można poszukiwać w płynie lub we krwi. Następujący zespół wcześnie cechuje ciężkie zaburzenia:

1) Długotrwałe uporczywe utrzymywanie się dodatniego odczynu Wassermanna we krwi z jednoczesnym dodatnim odczynem płynu.

2) Ujemny Wassermann we krwi, przy dodatnim odczynie płynu, z nadciśnieniem, limfocytozą, hiperalbuminozą i dodatniemi odczynami koloidalnemi.

Czy różne te odczyny mają znaczenie kliniczne? Odpowiedź na to pytanie dał już przed 8-iu laty *Kyrle*, a ostatnio również i *Ravaut*, a mianowicie, że

limfocytoza i hiperalbuminoza zawsze dowodzą istnienia zmian chorobowych w oponach, podczas gdy dodatni odczyn Wassermanna i dodatnie odczyny koloidalne wskazują stale na zmiany w miąższu substancji nerwowej. Objawy te często występują bardzo wcześnie, nieraz już pod koniec pierwszego roku. Takie wczesne zmiany opon i substancji nerwowej są naogół bardzo odporne na wszelkie zwykle stosowane sposoby leczenia, a zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym pomimo energicznego leczenia wcale się nie cofają. Właśnie w takich przypadkach *Kyrle* stosował kombinowane leczenie zimnicą i osiągał znakomite wyniki. Działanie zimnicy przy świeżych objawach jest niestałe, gdyż nie chroni przed nawrotami. Następnie stwierdzono, że bardzo często odczyn Wassermanna w surowicy krwi znowu staje się dodatni. Nie znaczy to, bynajmniej, że zimnica nie chroni przed wystąpieniem objawów nerwowych. Obecnie jest jeszcze za wcześnie, aby można było tę sprawę ostatecznie rozstrzygnąć. Musi jeszcze minąć dłuższy czas, aż leczeni obecnie chorzy kiłowi przejdą w okres powstawania porażenia postępującego lub wiądu rdzenia. Rozumie się poza tem samo przez się, że nikomu chyba nie przyjdzie na myśl leczyć syfilis wyłącznie zimnicą, pomimo że również i ten sposób postępowania dawał niejednokrotnie dobre wyniki.

Jakież wyniki daje więc leczenie zimnicą w kile ukrytej z objawami wyłącznie oponowemi? Przypadki takie reagują na zimnicę znakomicie. Według dokładnej statystyki *Matuschki i Rosenera* z kliniki *Fingera* odczyn Wassermanna w płynie stał się w 55,7% przypadków zupełnie ujemny, a w 43% stał się nieco słabszy. Odczyn zaś Wassermanna we krwi zmienił się na ujemny w 61%, a stał się słabszy w 27,1%.

Od tego czasu niektórzy autorzy zaczęli stosować zapobiegawcze leczenie zimnicą w przypadkach utajonej kiły z objawami oponowemi lub nawet bez tych objawów. Wyniki, jak tego się można było spodziewać, były naogół pomyślne. Niewątpliwie leczenie zimnicą okazuje pomyślny wpływ leczniczy, zwłaszcza w przypadkach, w których kombinowane leczenie rtęciowo-bizmutowe było niedostateczne lub bezskuteczne. Nie dowodzi to jednak, że każdemu syfilitykowi należy szczepić zimnicę. Wykazano natomiast w sposób przekonywujący, że leczenie zimnicą w okresie utajonym, a zwłaszcza w przypadkach ze skłonnością do chorób miąższowych tkanki nerwowej oddaje nieocenione usługi. Czy leczenie zimnicą rozstrzygnęło więc ostatecznie sprawę wyleczalności kiły i zapobiegania porażenia postępującego i wiądu rdzenia? Na pytanie to chwilowo odpowiedzieć trudno, a to głównie z tego względu, że nie udało nam się jeszcze dokładnie poznać biologji krętka bladego.

W Chinach choroby metasyfilityczne są znacznie rzadsze niż na Zachodzie. Podobno wśród Indjan Ameryki Południowej porażenie postępujące i wiąd rdzenia dawniej nigdy nie występowały; neurotropja jadu kiłowego ukazała się dopiero z chwilą przybycia Europejczyków. Takie same spostrzeżenia uczyniono w stosunku do murzynów i Japończyków. Zimnica w tych

krajach wcale się jednak nie zmniejszyła, a mimo to liczba tabetyków i paralityków wzrasta. Ma to zastosowanie również i do stosunków panujących w Chinach. W roku 1904 *Hodge* opisywał przypadki wiądu rdzenia u Chińczyków jako rzadkość, a w roku 1930 *Pfister* donosi, że u 8% wszystkich syfilityków stwierdza się mniejsze lub większe zmiany nerwowe.

Narzuca się tu pytanie: czy dawniejsze spostrzeżenia nie były dostatecznie dokładne, czy też istotnie do krajów tych wraz z ludnością napływową przeniknęły inne gatunki krętków, które zmieniły w ten sposób stosunki odpornościowe?

Oto pytania i zagadnienia, na które nie jesteśmy jeszcze wstanie odpowiedzieć, a na rozstrzygnięcie których świat naukowy czeka z niecierpliwością.

Dr. MARJA DZIADYK-KŁOSIŃSKA, lekarz Amb. Szpit. Dz. Jezus w Warszawie.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH OPTARSONEM.

W ostatnich czasach namnożyła się wprost niesłychana ilość specyfików, pochodnych arsenu, różnych firm i pod rozmaitemi nazwami. Między innemi wpadł mi w ręce „Optarson“ firmy „Bayer-Meister-Lucius“. Znając firmę z innych preparatów, które mają już wyrobioną markę i są wprost niezastąpione, postanowiłam wypróbować i Optarson tejże firmy.

Optarson jest jeszcze u nas mało używany w stosunku do jego nadzwyczajnych i wielostronnych zalet.

Stosuję Optarson stale od 3 lat i miałam sposobność wypróbowania go na 180 przypadkach w praktyce ambulatoryjnej, szpitalnej oraz prywatnej, mam więc prawo napisania o nim kilku uwag, które mogą się przydać praktycznemu lekarzowi.

O składzie chemicznym nie będę pisała, gdyż istnieje już o tem obszerna literatura, a zajmę się wyłącznie stroną praktyczną.

Jedną z pierwszych i ważnych w praktyce cech Optarsonu jest fakt, że zastrzyki podskórne są dla pacjenta zupełnie *niebolesne*, co ma przedewszystkiem duże znaczenie przy stosowaniu go u osób nerwowych, wrażliwych, a bojących się zastrzyków (kobiety).

Drugą dodatnią cechą Optarsonu jest brak odczynu w postaci zaczerwienienia, obrzęku, bolesności w miejscu zastrzyku, tak często występujących przy stosowaniu arszeniku lub kakodylu.

Trzecim cennym walorem Optarsonu jest szybkość jego działania. Już po zastrzyknięciu pierwszej serji (12 ampułek) mamy wyniki w postaci lepszego samopoczucia, *doskonałego apetytu*, przybierania na wadze, wzmożenia sił.

Wywody te poprę przykładem:

Miałam pacjentkę, 17-letnią, bardzo wrażliwą, rozpieszczoną panienkę, znajdującą się w doskonałych warunkach higjenicznych, która przeszła bardzo

ciężką żółtaczkę infekcyjną, po której była niesłychanie wyczerpana. Nie miała apetytu, była bardzo osłabiona, przy chodzeniu słaniała się i ważyła zaledwie 31 kg, będąc nad wiek wysoką. Zaczęłam jej stosować „Optarson“, i już po pierwszej serji (XII ampułek) poprawia się znacznie apetyt, waga zwiększa się o 5 kg i powoli zaczyna ustępować apatja. Po drugiej serji chora przybrała 4 kg, omdlenia i osłabienie ustąpiły prawie zupełnie; w przeciągu 6 tyg. zyskała 9 kg, nabrała ochoty do życia i ruchu. Był to tak jaskrawy przypadek poprawy, że zaczęłam stosować „Optarson“ i w innych wypadkach i stale osiągałam znakomite wyniki.

Zaznaczyć jednak muszę, że w przypadkach silnego wyczerpania nie trzymałam się metod podawania Optarsonu polecanych przez firmę, a mianowicie, aby zastrzykiwać co drugi dzień, lecz dawałam zastrzyk codziennie przez 12 dni, następnie robiłam tydzień przerwy, następnie druga serja tak samo. W cięższych przypadkach wyczerpania, anemji zwykłej, blednicy lub po ciężkich infekcjach, zarządzałam po każdej serji przerwę dwutygodniową; przyczem w trzeciej serji stosowałam wstrzykiwania już nie codziennie, lecz co drugi dzień.

Powyższa metoda stosowana i wypróbowana przeze mnie dawała prawie stale doskonałe wyniki.

W przypadkach lżejszych wystarczają dwie serje, które dobrze jest powtórzyć po 6 — 8 tygodniach. Wszystkie stany wyczerpania, anemji zwykłej, blednicy, przemęczenia zarówno natury fizycznej jak i psychicznej szybko ustępują po Optarsonie. Pacjent nabiera sił, energji, radości życia, apetytu. Jeden z pacjentów, pracujących umysłowo, słusznie zauważył, że po zastrzykach Optarsonu praca jego daje absolutnie lepsze wyniki, niż dotychczas, gdyż pracuje nietylko intensywniej, ale przytem nie męczy się i nie wyczerpuje tak silnie i prędko, jak to miało miejsce przed zastrzykami.

Mając tak dobre wyniki stosowania Optarsonu przy anemji zwykłej, blednicy, neurastenji, wyczerpaniu, braku apetytu, nerwowości, bezsenności i t. d. pokusiłam się o wypróbowanie tego preparatu na gruźlikach i otrzymałam nadzwyczaj ciekawe i ważne wyniki. Stwierdziłam mianowicie, że u gruźlików z procesem czynnym w płucach, jednoczesne stosowanie Optarsonu przy wlewaniach dożylnych wapnia powoduje silniejsze, lepsze i szybsze przyswajanie wapnia.

Przy tej metodzie już w krótkim czasie następuje spadek temperatury do normy, chory mniej kaszle, mniej pluje, ma doskonały apetyt i świetne samopoczucie. Nawet w wypadkach krwioplucia, wapno i Optarson, podane tą metodą, pomagają choremu do szybszego powrotu do sił i do lepszej walki organizmu z chorobą.

Doświadczenie to ma niesłychanie ważne znaczenie dla leczenia gruźlicy, gdyż wiemy jak trudne jest powstrzymanie czynnego procesu gruźliczego, które przy tej metodzie daje się przecież osiągnąć.

W żadnym wypadku stosowania Optarsonu nie miałam powikłań, ani jakichkolwiek przykrych objawów, pomimo niejednokrotnie bardzo energicznego stosowania go.

Obserwując zatem Optarson na tylu różnorodnych przypadkach, mogę śmiało powiedzieć, że jest to cenny preparat, który należy jaknajszerzej stosować, gdyż daje prawie zawsze nadspodziewanie dobre wyniki.

Dr. HELLA GROSSKOPF, Urząd Zdrowia Okręgu Berlin — Schöneberg.

SZCZEPIENIA PRZECIWBŁONICZE.

(Referat według Dtsch. med. Wo. 1930, Nr. 21).

W okręgu Schöneberg od dwóch lat przeprowadza się czynne szczepienia przeciwbłonicze; ogółem szczepiono około 4,000 dzieci, w tem 90% dzieci szkolnych. Do szczepień używano szczepionkę TAF Behringa. Próbę Schicka wykonywa się ostatnio tylko u dzieci powyżej 10 lat. U dzieci, które nie chorowały na błonicę, lub którym nie wstrzykiwano surowicy, próba Schicka zaledwie w 5% dawała wynik ujemny. U dzieci powyżej 6 lat dokonywano szczepienia dwukrotnie, z przerwą 8-dniową pomiędzy szczepieniami; dawka szczepionki wynosiła 1 cm^3. Dzieciom poniżej 6 lat wstrzykiwano przy pierwszem szczepieniu ½ cm^3, przy drugiem 1 cm^3. Dzieci powyżej 10 lat szczepiono trzykrotnie (po 1 cm^3); małym dzieciom wstrzykiwano 0,5, następnie jeszcze 2 razy po 1 cm^3 domięśniowo. Wyniki szczepień uwidacznia poniższa tablica:

LICZBA PRZYPADKÓW BŁONICY W SCHÖNEBERGU W LATACH:

		Z pośród czynnie uodpornionych zachorowało:
1925	19	
1926	31	
1927	81 (zmarło 5)	
1928	119 („ 7)	10
1929	169 („ 11)	13

U trojga dzieci objawy chorobowe wystąpiły w tak krótkim stosunkowo czasie po dokonaniu szczepień, że o uodpornieniu ochronnem mowy jeszcze być nie mogło. U dwojga dzieci zupełne uodpornienie prawdopodobnie jeszcze nie zdążyło się rozwinąć; przebieg choroby był u tych dwojga dzieci ciężki. U pozostałych 8 dzieci osiągnięto zupełne uodpornienie. U 5-ciu choroba przebiegała lekko, u 1-go średnio-ciężko i u 2-ch ciężko. U jednego z ciężko chorych dzieci stwierdzono współistnienie płonicy. 9 dzieci leczono surowicą przeciwbłoniczą Behringa; wszystkie dzieci wyzdrowiały. W jednym przypadku wystąpiła wysypka posurowicza.

Podczas dokonywania szczepień (około 3,500) autorka stwierdziła następujące powikłania, względnie objawy uboczne: W jednym przypadku wystąpiła róża, która jednak szybko i bez śladu minęła. W 30 przypadkach stwierdzono umiarkowaną gorączkę, która w 10 przypadkach mogła zależeć od nieżytu

oskrzeli lub zaburzeń żołądkowo-kiszkowych. U 20 dzieci wystąpiła wysypka o typie pokrzywki. U 5 z pośród tych dzieci pokrzywka występowała już dawniej po zjedzeniu określonych potraw, które te dzieci spożywały również i w okresie szczepienia. W 10 przypadkach stwierdzono lekki nieżyt spojówek, który szybko mijał bez żadnego leczenia.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń autorka dochodzi do wniosku, że szczepienia nie wywołują żadnych poważniejszych zaburzeń, że odsetek dzieci, które, pomimo szczepienia przy pełnem uodpornieniu, jednak zachorowały, jest bardzo mały (0,5 %), że przebieg błonicy, która wystąpiła u dzieci szczepionych wcale nie jest, jak to dotychczas niesłusznie twierdzono, szczególnie ciężki, lecz przeważnie bardzo łagodny i, że wreszcie szczepienia nie wywołują objawów anafilaktycznych.

Dr. A. MÜLLER, Riehen — Bazylea.

O LECZENIU KOLKI NERKOWEJ NOVALGINĄ.

(Referat według Schweiz. med. Wsch. 1931, Nr. 47).

Opierając się na pracach *Hirscha, Auera, Einziga* i *Schwarza*, autor stosuje już od dłuższego czasu w przypadkach kolki nerkowej zarówno w szpitalu jak i w praktyce prywatnej Novalginę. Preparat ten wpływał tak znakomicie na uśmierzanie bólów, że autor uważał za swój obowiązek podzielić się swemi spostrzeżeniami z ogółem lekarzy. Obserwacje *Müllera* dotyczą 12 chorych z ciężkiemi i powtarzającemi się napadami kolki nerkowej. W 6 przypadkach podłożem kolki były kamienie nerkowe, w 4 przypadkach wodonercze względnie roponercze i w dwóch przypadkach sprawy ginekologiczne, przy których podczas perjodów stale występowała kolka nerkowa. Novalginę wstrzykiwano wyłącznie dożylnie. Objawy kolki ustępowały najwyżej w ciągu 10 minut. Dla zupełnego uśmierzenia bólu 1 cm^3 okazuje się dawką niedostateczną i trzeba zawsze wstrzykiwać 2 cm^3.

Doustnie działa Novalgina znacznie słabiej. Działanie per os okazało się skutecznem tylko w jednym przypadku, dotyczącym 65-letniego pacjenta z kolką nerkową, który już od wielu lat wydzielał złogi moczanowe i wypróbował w związku z tem wszelkie możliwe leki. Gdy autor, wezwany do tego chorego, przybył do niego, napad kolki pozornie minął, tak że nie zachodziła już potrzeba dokonania wstrzyknięcia. Dla ostrożności *Müller* zapisał jednak choremu rureczkę tabletek Novalginy. Po upływie tygodnia pacjent zgłosił się do autora i doniósł mu, że zaraz po wyjściu lekarza dostał znowu napadu kolki, zażył więc tabletkę Novalginy i już po kilku minutach znowu odzyskał spokój. Nawroty napadów zawsze ustępowały w ciągu 5 — 10 minut na 6 — 8 godzin. Chory zażył ogółem 6 tabletek, a po 4 dniach kamień wydzielił się bez bólu. Pacjent stale nosi od tego czasu ze sobą tabletki Novalginy i twierdzi, że kolka nerkowa straciła dla niego całą swą grozę.

Przy stosowaniu wstrzykiwań Novalginy wynik często okazywał się wprost znakomity: pacjent nie był odurzony i senny jak po morfinie, lecz pozostawał rześki, zupełnie przytomny, przestawał się skarżyć i jęczeć; bóle znikały jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej.

Szczególna zaleta stosowania Novalginy polega na tem, że nie hamuje ona wydzielania kamienia. 5 chorych wydzieliło złogi bez bólu, jeden kamień utkwił w moczowodzie. Cewnikowanie moczowodu poruszyło kamień, który wydzielił się następnie wraz z jeszcze dwoma złogami już bez żadnych trudności. Morfina lub inne alkaloidy makowca uśmierzają, coprawda, dokuczliwe bóle kolki nerkowej, lecz utrudniają nierzadko wydzielanie kamienia, które następuje dopiero wśród dalszych napadów bólowych. Wielu lekarzy zaleca z tego względu stosowanie atropiny, papaweryny lub Hypophysiny, ewent. w połączeniu z alkaloidami makowca. Przy często powtarzających się napadach kolki wstrzykiwania morfiny mogą łatwo doprowadzić do przyzwyczajenia, stosowanie zaś Novalginy nie nasuwa pod tym względem żadnych obaw. Novalgina nie jest środkiem odurzającym i dzięki temu można ją stosować również i ambulatoryjnie. Autor spostrzegał kilka razy, jak chorzy po wstrzyknięciu byli wstanie natychmiast powrócić do pracy.

Powyższe doniesienie, oparte na własnych spostrzeżeniach, oraz zgodne opinje innych autorów, powinny — zdaniem *Müllera* — zachęcić ogół lekarzy do szerszego, niż dotychczas, stosowania Novalginy.

Lekarz sztabowy marynarki dr. HENRYK RUGE, Kilonja.

ŻÓŁTACZKA WŚRÓD MARYNARZY.

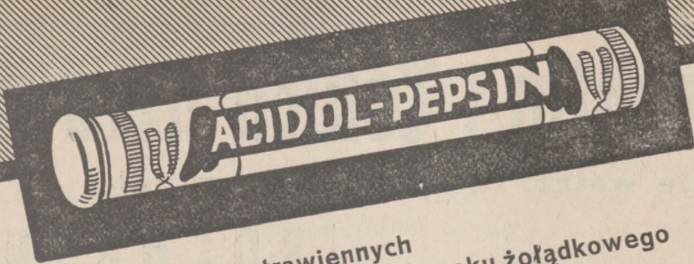
(2500 PRZYPADKÓW, STATYSTYKA, ZWIĄZEK Z KIŁĄ I SALVARSANEM, KLINIKA, EPIDEMJOLOGJA).

(Referat według Ergbn. d. inn. Med. u. Kinderhkd. 1931, t. 41).

W okresie od 1.4.1919 do 31.12.1929 stwierdzono wśród marynarzy okrętów niemieckich 2459 przypadków żółtaczki. Dokładniejszy podział na różne etjologiczne postacie żółtaczek był następujący:

A.	Zwykła (nieżytowa) żółtaczka	1723
B.	Tak zwana żółtaczka kiłowa i posalvarsanowa . . .	647
C.	Tak zwana żółtaczka kiłowa i pobizmutowa	10
D.	Tak zwana żółtaczka posalvarsanowa, jednak bez kiły .	52
E.	Żółtaczka po nadmiernem użyciu arsenu	1
F.	Icterus syphiliticus praecox.	25
G.	Hepatitis luica . . . . ,	1

Żółtaczka występuje wśród wojskowych naogół częściej, niż wśród ludności cywilnej. Z tego względu *Fröhlich* już przed wielu laty nazwał żółtaczkę chorobą wojskową. Znaczne zwiększenie się częstości występowania żółtaczki



W zaburzeniach trawiennych
i niedostatecznem wydzielaniu soku żołądkowego

ACIDOL-PEPSIN

**Skuteczny i trwały preparat kwasu solnego
z pepsyną w stałej postaci.**

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Moc I (bardzo kwaśne) i II (słabo kwaśne) rurki po 10 pastylek à 0,5 g zł. 2,85
„ I (bardzo kwaśne) i II (słabo kwaśne) pudełka po 50 „ à 0,5 „ „ 10,65

**Przy braku łaknienia, upośledzeniu odżywiania,
trudnych do powstrzymania wymiotach i t. d.**

OREXIN

Stomachicum i Antiemeticum.

**Preparat wzmagający łaknienie i uśmierzający
wymioty, o niezawodnem działaniu.**

(Sam preparat nie posiada żadnego smaku).

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Orexin w tabletkach: rurki po 10 tabletek à 0,25 g zł. 3.25



»Bayer-Meister Lucius« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Wyłączna Reprezent. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
WARSZAWA, Hipoteczna 5, skrz. poczt. 748.

stwierdzono w latach 1922 — 1924 i to również w krajach (U. S. A.), w których ludność nie doznawała podczas wojny żadnych ograniczeń żywnościowych. Od roku 1924 — 1925 częstość żółtaczki znowu znacznie się zmniejszyła. Wobec tego, że żołnierze zapadali znacznie częściej na żółtaczkę na okrętach niż na lądzie, a oficerowie rzadziej, niż szeregowcy, *Ruge* przypuszcza, że najczęstszą przyczyną żółtaczki jest zakażenie; znaczne skupienie żołnierzy na małej przestrzeni sprzyja niebezpieczeństwu zakażenia.

Zagadnienie, w jakim stopniu żółtaczka posalvarsanowa zależy istotnie od Salvarsanu, pozostaje jeszcze nierozstrzygnięte. Większość autorów uważa jednak, że Salvarsan bywa przyczyną żółtaczki tylko w bardzo nielicznych przypadkach i jako dowód przytacza spostrzeżenia, w których żółtaczka cofała się pod wpływem leczenia Salvarsanem. Bardzo cenne przyczynki do zagadnienia żółtaczki posalvarsanowej ogłosił *Lewin, który* stwierdził, że po wstrzykiwaniach Salvarsanu w 40% badanych przypadków występowała cholalurja, określana zapomocą mierzenia napięcia powierzchniowego moczu. Na tej podstawie *Lewin* uważa żółtaczkę za szkodliwy skutek toksycznego działania Salvarsanu. W innych natomiast przypadkach (posalvarsanowych zmian skórnych) *Lewin* nie stwierdził objawów uszkodzenia wątroby, co dowodzi, że między cholalurią i tolerancją Salvarsanu niema jednak żadnej równoległości. Zdaniem *Ruge'go* częstsze występowanie żółtaczki po Salvarsanie znajduje się w związku raczej z częstszem wogóle występowaniem zwykłej żółtaczki, niż z ewent. ujemnem działaniem Salvarsanu. *Ruge* odrzuca pogląd, jakoby żółtaczka chorych kiłowych, leczonych Salvarsanem, miała przedstawiać nawrót, gdyż uważa to za wykluczone, aby taki nawrót choroby umiejscawiał się zawsze wyłącznie w wątrobie. Żółtaczka występuje w poszczególnych okresach kiły tak równomiernie, że nie może być nawet mowy o szczególnej skłonności do żółtaczki w określonem stadjum. Żółtaczka może się jeszcze nasilić, jeżeli nie stosuje się samego Salvarsanu, lecz łączy się go ponadto z rtęcią lub bizmutem. Według *Ruge'go* rtęć lub bizmut zawsze okazują pewien szkodliwy wpływ na nerki, co zwalnia do pewnego stopnia wydzielanie Salvarsanu z organizmu i może się przyczynić do nadmiernego obciążenia wątroby. *Ruge* uważa, że między Salvarsanem i zanikiem wątroby istnieje pewien związek, który stał się zresztą częstszy dopiero po wojnie; autor tłumaczy to sobie częściowo zwiększeniem dawkowania po wojnie (przynajmniej w marynarce), a częściowo częstszem występowaniem żółtaczki nieżytowej. Większa dawka Salvarsanu nie mogła jednak być we wszystkich przypadkach przyczyną żółtaczki, gdyż częstokroć żółtaczka występowała już po pierwszej kuracji, podczas której dawka Salvarsanu była zaledwie nieznacznie większa, niż dawniej. Gdyby żółtaczka posalvarsanowa przedstawiała istotnie tylko zwykłą żółtaczkę kataralną, która następnie w poszczególnych przypadkach przechodzi w zanik wątroby, wówczas częstość żółtaczki u leczonych Salvarsanem byłaby taka sama, jak u nieleczonych. Ze statystyki jednak autora, dotyczącej żółtaczki wśród mary-

narzy, wynika, że żółtaczka posalvarsanowa zdarza się o wiele częściej, niż zwykła żółtaczka nieżytowa. Również i śmiertelność z żółtaczki salvarsanowej jest 6 razy większa, niż śmiertelność z żółtaczki chorych niekiłowych. Następnie kiła, jako taka, nie powinnaby mieć większego znaczenia dla częstości żółtaczki. Po wojnie stwierdzano 6 razy większą ilość przypadków żółtaczki, niż 40 lat przed wojną. Gdyby kiła miała przytem szczególne znaczenie, to powinnoby się spostrzegać jeszcze dalsze zwiększenie się żółtaczki kiłowej. Icterus syphiliticus wcale jednak nie stał się częstszy.

Posalvarsanowe zapalenie skóry nie jest po wojnie częstsze, niż przed wojną. Okoliczność ta wikła jeszcze bardziej zagadnienie żółtaczki posalvarsanowej; jeżeli bowiem posalvarsanowe zapalenie skóry nie stało się po wojnie częstszem, to trudno wówczas pojąć, dlaczego zwiększenie się częstości żółtaczki posalvarsanowej ma zależeć wyłącznie od toksyczności Salvarsanu. Przypuszczenie, że w czasach powojennych mamy do czynienia ze szczególnie złośliwą postacią kiły ze skłonnością do żółtaczki, nie znajduje żadnych dowodów dla potwierdzenia swej słuszności.

Ze wszystkich tych spostrzeżeń i rozważań *Ruge* wyciąga wniosek, że tak zwana żółtaczka posalvarsanowa ma, coprawda, podłoże zakaźne (żółtaczka nieżytowa), lecz do jej powstania przyczyniają się ponadto kiła + Salvarsan. Również i wynikający ze statystyki dowód, że żółtaczka posalvarsanowa stała się częstszą, niż żółtaczka nieżytowa, nie przemawia przeciwko takiemu pojęciu sprawy. Na początku epidemji (żółtaczki) zapadają przedewszystkiem ci, którzy są najmniej odporni na zakażenie, to znaczy chorzy kiłowi, leczeni Salvarsanem. Do tego dołącza się jeszcze okoliczność, że również i żółtaczka stała się po wojnie cięższą, niż przed wojną. Spostrzeżenie to jest znane również i w dziedzinie innych chorób epidemicznych.

Streszczenie: Na podstawie obserwowania w ciągu przeszło 10-iu lat 2500 marynarzy chorych na żółtaczkę autor dochodzi do wniosku, że zwykła żółtaczka nieżytowa i tak zwana żółtaczka posalvarsanowa przedstawiają jedną i tę samą postać chorobową o swoistych cechach zakaźnych. Czynnik chorobotwórczy żółtaczki należy, prawdopodobnie, do grupy bakterjologicznej prątków duru-okrężnicy.

Dr. B. H. U. MOHRMANN i dr. H. STRAUSS. (Bad Wildungen). Miejski Szpital Dermatologiczny w Hanowerze.

O URETROGRAFJI ZAPOMOCĄ ABRODILU JAKO ŚRODKA KONTRASTOWEGO.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1931, Nr. 40).

Szczegółowe i dokładne poznanie rozległości i postaci zwężeń cewki moczowej należało dotychczas do rzeczy diagnostycznie stosunkowo trudnych i niepewnych. Wprowadzenie do techniki rentgenowskiej Abrodilu, jako środka kontrastowego, stanowi również i w uretrografji ważny i cenny postęp. Abrodil umożliwia uwidocznienie również i stosunków, panujących w cewce moczowej po drugiej stronie zwężenia oraz pozwala na rozpoznanie nawet rozpoczynających się dopiero zwężeń umiejscowionych bezpośrednio przed zwieraczem. Żaden inny sposób nie pozwala z taką dokładnością rozpoznawać uchyłków cewki moczowej, przewodów parauretralnych, jam po ropniach, chorób gruczołów Cowpera, uszkodzeń cewki i t. d. Uretrografja abrodilowa ułatwia również kontrolę wyników leczenia zwężeń.

Technika uretrografji jest stosunkowo prosta. Najlepsze wyniki daje bezpośrednie wkraplanie od zewnątrz i dlatego drugi sposób — dożylne stosowanie Abrodilu — jest wskazany tylko wtedy, gdy wprowadze-



1) Obrączkowe zwężenie partis pendulae, tępe zakończenie przedniej części cewki moczowej (sprawa naciekowa w okolicy zwieracza zewnętrznego).



2) Zwężenie w części tylnej Urethrae anterioris, (zaburzenie rozwojowe?). Chory ze spodziectwem, u którego badanie sondą było niemożliwe z powodu wąskości zewnętrznego ujścia cewki moczowej.



3) Podwójne zwężenie tylnej części Urethrae anterioris.



4) Wypełnienie kontrastowe przewodu wyprowadzającego gruczołu Cowpera (Cowperitis gonorrhoica).



5) Zwężenie przed zwieraczem zewnętrznym. Nieprawidłowe wypełnienie tylnej części cewki moczowej.



6) Zwężenia i ściągnięcia bliznowate wskutek wypadku. Kamień fosforanowy w pęcherzu moczowym. Nawarstwiony odłamek kostny. (Zdjęcia prawostronne).

nie środka kontrastowego przez cewkę aż do pęcherza natrafia na trudności; zdjęcie rentgenowskie wykonywa się w tych warunkach podczas oddawania moczu.

Dla uwidocznienia samej partis pendulae najlepiej stosować następującą prostą i łatwą technikę:

Chory siedzi na kasecie z rozpartemi nogami; prącie wypełnione umiarkowaną ilością płynu kontrastowego umieszcza się równolegle do kliszy, zdjęcie wykonywa się w osiowym kierunku promieni. Promień środkowy powinien przebiegać mniej więcej przez środek partis pendulae. Jeżeli zmiany patologiczne znajdują się przedewszystkiem na górnej lub dolnej stronie cewki moczowej, wówczas chorego umieszcza się odpowiednio na boku, kasetę podnosi się na podstawie aż do wysokości prącia, które kładzie się bezpośrednio na kasecie.

Przy zdejmowaniu całej cewki moczowej u mężczyzny należy dążyć przedewszystkiem do otrzymania obrazu tylnych części cewki przedniej, a zwłaszcza cewki tylnej. Przy obu krańcowych pozycjach — nawznak i na boku — nie otrzymuje się odpowiednich obrazów. W położeniu na plecach ważny obraz tylnej części cewki moczowej wychodzi na kliszy w postaci okrągłego cienia z rzutem na samego siebie. Po obrocie ciała o 90^0, czyli w położeniu na boku, właśnie tylne części cewki moczowej okazują się zasłonięte kośćmi miednicy. Należy więc obrać drogę pośrednią, którą Mohrmann i Strauss nazywają „ułożeniem Langera". Ułożenie to jest następujące: chory leży na plecach, obrócony jednak na 20 — 30 stopni na bok wzdłuż osi własnego ciała, noga strony zwróco-

nej ku górze jest wyprostowana, druga zaś noga maksymalnie zgięta w stawie kolanowym i silnie odprowadzona w stawie biodrowym; prącie umieszcza się na zgiętem udzie i w tej pozycji wstrzykuje się płyn kontrastowy. Podobnie jak *Langer* również i *Mohrmann* i *Strauss* nie zwracają uwagi na ukośne ustawienie promienia środkowego i dokonywują zdjęć w powyżej opisanem ułożeniu w zwykłym brzuszno-grzbietowym kierunku promieni. Promień środkowy trafia w nasadę prącia, która powinna leżeć na środku kliszy.

Niezbędne instrumentarjum składa się ze strzykawki Janeta z oliwką. Po wlaniu pod lekkiem ciśnieniem 30 — 50 cm³ roztworu kontrastowego chory sam ściska palcami ujście zewnętrzne cewki moczowej lub też zamyka się je specjalnym zaciskaczem, poczem dokonywa się zdjęcia.

Dla wykonywania zdjęć podczas oddawania moczu, umożliwiających dalsze różniczkowanie rozpoznania rentgenowskiego, należy wypełnić pęcherz płynem kontrastowym. Zdjęcie wykonywa się w nieco skośnem, lecz stojącem ustawieniu chorego, który winien przybrać pozycję analogiczną do wspomnianej pozycji Langera, przyczem odprowadzoną kończynę można ewent. oprzeć na stołeczku. Zdjęcia te umożliwiają dokładne poznanie fizjologicznego zachowania się cewki moczowej podczas oddawania moczu. W niektórych przypadkach wskazanem jest powtórzenie zdjęcia w różnych warunkach badania.

Mohrmann i *Strauss* dokonywali prób z różnemi, coraz słabszemi stężeniami Abrodilu od 50% do 2,5%. Roztwór 2,5%-owy dawał jeszcze słabo widoczny cień rentgenowski. Najodpowiedniejszemi okazały się roztwory 15—20%-owe; nie wywołują one żadnego podrażnienia i dają doskonałe obrazy kontrastowe. Wskazanem jest, aby do roztworu Abrodilu dodawać środek odkażający (¼‰ Sol. hydrarg. oxycyan. lub podobny).

OTTO WARBURG
LAUREATEM NAGRODY NOBLA.

Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny na rok 1931 otrzymał w uznaniu swych wielkich zasług dla nauki lekarskiej *Otto Warburg.*

Nazwisko *Warburga* stało się sławnem już w roku 1908, gdy ogłosił on wyniki swych badań nad przemianą materji jaj jeżowca. *Warburg* stwierdził mianowicie, że jaja te po zapłodnieniu zużywają znacznie więcej tlenu. Metoda *Warburga* umożliwiła również określenie ilościowe procesów fermentacyjnych komórek w warunkach tlenowych i beztlenowych aż do wytworzenia się dwutlenku węgla, jako ostatecznego produktu rozpadania węglowodanów. Następnem ważnem odkryciem *Warburga* było zbadanie objawów narkozy komórkowej. *Warburg* uważa, że substancje katalityczne żyjącej komórki są umiejscowione w części wewnętrznej powierzchni, odgraniczającej komórkę, i że narkotyki, ulegając wchłonięciu, przeciwdziałają wpływowi chemicznemu zaczynów.

Warburg stwierdził następnie, że kwas cyjanowodorowy ma właściwość wiązania się z zaczynem oddechowym i wstrzymuje w ten sposób oddychanie. Prawdopodobnym czynnikiem katalitycznym zaczynu oddechowego jest żelazo. *Warburg* wykrył również ogniwa wiążące chlorofil z katalizatorami od-

dechowemi: zastępując magn żelazem, *Warburg* po zdwojeniu fytolu otrzymał feoforbid żelaza, bardzo już zbliżony do właściwego zaczynu oddechowego.

Spalanie cukru w komórce żyjącej wymaga obecności jeszcze jednego fermentu, który wytwarza cukier fosforowany pod wpływem tlenu.

Powszechne zainteresowanie wzbudziły w r. 1923 prace *Warburga* wykazujące, że komórkę rakowatą cechuje szczególnie czynna fermentacja mleczna (glikoliza beztlenowa). Komórka rakowata wytwarza w ten sposób potrzebną jej energję — i to nietylko w środowisku ubogiem w tlen, lecz nawet w obecności znacznej ilości tlenu — w przeciwieństwie do tego, co się dzieje w komórce prawidłowej (glikoliza tlenowa). Tkanki płodowe przedstawiają okres pośredni między czynnością komórki rakowatej i czynnością komórki prawidłowej.

Wreszcie udało się *Warburgowi* wykazać, że w zielonych, naświetlanych komórkach kwas węglowy ulega redukcji dopiero po wstępnej przemianie chemicznej i że kwas cyjanowodorowy może tę zmianę hamować, lecz nie działa wcale na rozkład fotochemiczny kwasu węglowego. Związkami, które pochłaniają czynne promieniowanie w komórkach zielonych są chlorofil, ksantofil i karoten.

Dr. ROSENAUER, Szpital Papayoannou, Gizeh w Egipcie.

O AVERTINIE.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, 1932, Nr. 2)

Szpital Papayoannou był pierwszym w Egipcie, a właściwie nawet w całej Afryce, w którym stosowano uśpienie zapomocą Avertiny. Z tego powodu autor uważał za swój obowiązek podzielić się wynikami swych spostrzeżeń z ogółem lekarzy, a zwłaszcza chirurgów. Artykuł *Rosenauera* jest streszczeniem jego odczytu, wygłoszonego w Królewskiem Towarzystwie Medycyny Egipskiej.

Autor wykonał po raz pierwszy uśpienie zapomocą wlewania Avertiny stosunkowo późno, gdy metoda avertinowa pozyskała już na całym prawie świecie powszechne prawo obywatelstwa. Tłumaczy się to okolicznością, że w szpitalu Papayoannou w Gizeh leczą się wyłącznie chorzy zamożniejsi z wyższych sfer społeczeństwa, wobec czego w szpitalu tym nie można wypróbować nowych metod lecznictwa, zanim nie wypowiedzą o nich swej stanowczej opinji miarodajne kliniki europejskie.

Pierwszą narkozę avertinową wykonano w przypadku nabłoniaka gałki ocznej. Wobec tego, że zabieg miał polegać na wyłuszczeniu z użyciem termokauteru, eter był, oczywiście, mało wskazany. Ze względu zaś na rozległe zmiany zapalne, znieczulenie miejscowe okazałoby się z pewnością niedostateczne. Dlatego właśnie autor zwrócił się do Avertiny i odrazu osiągnął w tym

pierwszym przypadku znakomite uśpienie całkowite. Pomyślny przebieg narkozy zachęcił autora do dalszego stosowania Avertiny. Dotychczasowe jego spostrzeżenia dotyczą 73 przypadków. Ta niewielka stosunkowo liczba tłumaczy się tem, że uśpienia zapomocą Avertiny wykonywano wyłącznie w przypadkach mniej lub więcej wybranych.

Autor zwraca przedewszystkiem uwagę, że nie stwierdził żadnej różnicy tolerancji u osobników różnych ras (Europejczycy, Arabowie, Nubijczycy, murzyni i t. d.) oraz że uśpienie muzułmanów, którzy nie używają napojów wyskokowych, nie wymaga bynajmniej mniejszej niż przeciętnie dawki Avertiny.

Spostrzeżenia *Rosenauera* co do tętna, oddechu i dawkowania nie odbiegają wcale od danych klinik europejskich. W jednym jedynym przypadku wystąpiła na początku uśpienia sinica i powierzchowne oddychanie; sprawa dotyczyła chorego gorączkującego już oddawna i dotkniętego ropnem zapaleniem opłucnej. Po kilku inhalacjach CO_2 chory natychmiast odzyskał prawidłowy typ oddechu. Żadnych zaburzeń kiszkowych nie spostrzegano ani razu.

W pierwszym okresie stosowania Avertiny autor dążył do osiągnięcia uśpienia całkowitego, następnie zaś ograniczał się przeważnie do uśpienia podstawowego, przy którem dawka eteru, niezbędna dla uzupełnienia uśpienia, była bardzo mała. Jednak nawet obecnie w przypadkach trudnych zabiegów w obrębie czaszki, a zwłaszcza na twarzy, *Rosenauer* stara się doprowadzić do całkowitego uśpienia avertinowego.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że wprowadzenie Avertiny do lecznictwa stanowi niewątpliwie znaczny postęp i że metoda ta powinna pozyskiwać coraz większe rozpowszechnienie, gdyż jest przedewszystkiem nieszkodliwa, a poza tem ze stanowiska subjektywnego chorych jest najprzyjemniejszym ze wszystkich istniejących sposobem usypiania.

AUGUST MESSER, profesor filozofji Uniwersytetu w Giessen.

KILKA UWAG O AMULETACH I TALIZMANACH.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, tom IV, z. 5).

Słowo „amulet“ pochodzi od arabskiego hamâle, co oznacza przedmiot noszony jako wisiorek. Amuletami nazywa się też różnego rodzaju przedmioty, zapomocą których ludzie wierzący w amulety starają się uchronić siebie, swój dom, swe zwierzęta i cały swój dobytek przed wszelkiemi niebezpieczeństwami (choroby, pożary, czary i t. d.).

Słowo „amulet“ miesza się często ze słowem „talizman“; pomiędzy temi pojęciami istnieje jednak zasadnicza różnica, polegająca na tem, że przeznaczeniem amuletu jest chronić przed złemi wpływami, podczas gdy talizman ma na celu przyciągnięcie wpływów pomyślnych.

Wiarę w skuteczność amuletów znajdujemy we wszystkich pierwotnych starożytnych religjach, które poprzedzały religje cywilizowane. Wiara ta jest również i obecnie bardzo rozpowszechniona i to nietylko wśród ludów pierwotnych, lecz i wśród niższych warstw ludności krajów kulturalnych.

Starożytne cywilizacje wschodnie, chaldejska, babilońska, żydowska, egipska pozostawiły nam niezliczone wskazówki o stosowaniu amuletów, zwłaszcza dla ochrony przed chorobami i dla celów leczniczych. W Grecji i w Rzymie stosowanie amuletów było również bardzo rozpowszechnione, pomimo że sfery wykształcone odnosiły się do amuletów krytycznie i nie wierzyły w nie.

Wiadomo, że Germanie uważali niektóre znaki, zwane „runami" za szczególnie skuteczne pod względem swej siły magicznej. Niektóre z tych znaków spotyka się jeszcze obecnie na różnych broszkach, wisiorkach, przyczem noszący przeważnie wcale nie mają pojęcia o ich pochodzeniu i znaczeniu.

Epoka odrodzenia, której filozofja uznawała istnienie w przyrodzie licznych sił duchowych, przyczyniła się do rozpowszechnienia wiary w czary i poświęciła dużo pracy naukowemu zbadaniu wszelkich tajemnych zagadnień. Zachowało się stosunkowo dużo dzieł pochodzących z tych czasów i omawiających np. własności lecznicze różnych roślin, szlachetnych i półszlachetnych kamieni, metali, kolorów i t. d. Zabobony te zależały nierzadko również i od astrologji, przyczem niektóre amulety wyrabiano jedynie pod wpływem ściśle określonych konstelacyj.

Cywilizacja współczesna uważa te poglądy za niedorzeczne zabobony. Lekarze, znajdując się pod przemożnym wpływem panującej obecnie kultury, przeważnie ujmują większość zjawisk przyrodniczych z czysto mechanicznego punktu widzenia. Postępy jednak nauki witalistycznej i poznanie wpływów fizycznych, zarówno leczniczych jak i chorobotwórczych, wywołanych zjawiskami wyłącznie psychicznemi, przygotowują nową zmianę rozpowszechnionych obecnie poglądów. Nauka o hipnotyzmie, o sugestji i autosugestji, o psychoanalizie wzbudziła ten nowy ruch naukowy, coraz bardziej się rozwijający, pomimo licznych początkowo sprzeciwów. Otóż w interesie nieskrępowanego rozwoju nauk przyrodniczych, a więc również i nauk lekarskich, leży, aby ta obszerna dziedzina nauk „tajemnych", stała się przedmiotem kry-

tycznych i naukowych badań, bez żadnych uprzedzeń i bez przesądzania zgóry nieznanych jeszcze faktów. Odrzucanie, jako niedorzeczności, zespołu wszystkich trudnych zagadnień z omawianej dziedziny nie jest godnem umysłów prawdziwie krytycznych, to znaczy bezstronnych i żądnych poznania coraz to nowych faktów. Nadmiar krytycyzmu przechodzi z łatwością w jałowy dogmatyzm, zdolny tylko do przeczenia, a nie do prawdziwej twórczości. Czekajmy więc cierpliwie na wyniki będących obecnie w toku badań. Nie jest wykluczone, że wiara w własności lecznicze amuletów znajdzie, przynajmniej częściowo, wytłumaczenie we wpływie czynników psychicznych na stan organiczny.

Dr. GERTRUDA DUTTENHOFER.

O STOSOWANIU SIONONU W DIETETYCE CHORYCH CUKRZYCOWYCH.

(Referat według rozprawy, Würzburg, 1931).

Sionon wyróżnia się swym przyjemnym słodkim smakiem; chorzy cukrzycowi bardzo chętnie spożywają wszelkie potrawy przygotowane z dodatkiem Siononu. Ustrój chorego na cukier wykorzystuje w całości kaloryczną wartość Siononu. Z dotychczasowych badań wynika, że pacjenci, dotknięci lekką lub średnio - ciężką postacią cukrzycy znoszą Sionon bardzo dobrze.

Ze względu na swą zdolność wiązania Sionon nadaje się dobrze do przyprawiania potraw; kuchenno-techniczne własności Siononu sprawiają, że, jak podaje *Noorden*, potrawy stają się o wiele wydatniejsze. Przeciętna dawka Siononu wynosi 30 — 70 g; większe dawki mogą czasami wywołać biegunki. Sionon można dodawać do określonej już dla danego chorego diety, gdyż nie obciąża on tolerancji węglowodanowej. *Thannhauser*, *Reinwein* i liczny szereg autorów zgodnie wykazali dobre przyswajanie i wykorzystanie Siononu przez diabetyków. Wartość kaloryczna Siononu jest prawie taka sama jak glukozy (100 g = 390 kaloryj). Sionon nie zwiększa ilości cukru wydzielanego w moczu; nawet po 18 - dniowem codziennem spożywaniu po 40 — 80 g Siononu nie stwierdzono w pewnym ciężkim przypadku cukrzycy zwiększenia cukromoczu. Wydzielanie azotu zmniejsza się pod wpływem Siononu wolniej niż po równoważnych dawkach dekstrozy. Działanie Siononu, oszczędzające białko, jest więc nieco mniejsze niż dekstrozy, istnieje jednak niewątpliwie.

Badania autorki dotyczą zagadnienia, czy Sionon nadaje się do wytwarzania przeznaczonych dla diabetyków używek, a przedewszystkiem czekolady. Otóż czekolada wytworzona z dodatkiem Siononu odznacza się przyjemnym smakiem i nie zostawia żadnego przykrego posmaku. Badania autorki na ludziach zdrowych wykazały, że 100 g czekolady Siononowej prawie że nie podnoszą poziomu cukru we krwi; pomiędzy działaniem tabliczki czekolady i 20 g

chleba nie było żadnej różnicy. Również i w wielu przypadkach średnio - ciężkiej i lekkiej cukrzycy podawanie tabliczki czekolady zamiast 20 g chleba nie wywierało żadnego wpływu na zawartość cukru we krwi. Cukromocz nie występował lub nie zwiększał się, nawet gdy podawano czekoladę codziennie w ciągu tygodnia. Dokładniejsze badania wykazały może nieco dłuższe podniesienie się krzywej glikemji, wyraźnego jednak wzrostu poziomu cukru we krwi nie stwierdzono. Podobnie jak większe dawki Siononu, spożyte na raz, mogą wywołać biegunki, również i tabliczka czekolady z Siononem, spożyta odrazu, zwłaszcza rano, może się przyczynić do powstania zaburzeń kiszkowych. Jeżeli jednak czekoladę tę spożyć w kilku dawkach, stopniowo w ciągu dnia, to nawet przy dłuższem stosowaniu nie wywołuje ona żadnych zaburzeń pokarmowych.

Badania autorki nad czekoladą wytworzoną z dodatkiem Siononu *), dowodzą w każdym razie, że Sionon jest preparatem, który chorzy cukrzycowi kalorycznie wykorzystują w zupełności. Sionon nietylko uwzględnia życzenie chorego, spożywania słodyczy, lecz przedstawia jednocześnie pełnowartościowy środek odżywczy.

Dr. FLATAUER.

O ADALINIE.

(Referat według Therap. Ber. tom III, Nr. 4).

Współczesny lekarz praktyk posiada do dyspozycji bardzo liczny szereg środków uspokajających i nasennych. Pomiędzy zwykłem uspokajającem działaniem bromu i działaniem usypiającem środków nasennych jest, oczywiście, bardzo duża różnica. Adalina przedstawia preparat o działaniu pośredniem między środkami uspokajającemi i nasennemi. Wartość kliniczna Adaliny polega na tem, że jest ona środkiem niewinnym i nieszkodliwym, natomiast skuteczność jej, jako środka nasennego, jest wprost niezawodna. Nawet przy długotrwałem stosowaniu Adalina nie traci nigdy szybkości i pewności swego działania. Stosując Adalinę w praktycę w wielu przypadkach neurastenji, a zwłaszcza uporczywej bezsenności, osiągnąłem wyniki nad wyraz pomyślne. Niejednokrotnie już ½ tabletki okazywały się wystarczające dla usunięcia w krótkim czasie nerwowej nadwrażliwości i sprowadzenia równomiernego oddechu i głębokiego snu. (Stosowanie większych dawek Adaliny w ciągu dnia okazuje się niewłaściwem, preparat bowiem w większych dawkach działa zwykle nietylko uspokajająco lecz również i nasennie). Dawkę 0,5 g można podawać bez żadnych zastrzeżeń przez czas dowolnie długi. W ciężkich przypadkach bezsenności można podawać nawet 1½ g Adaliny, przyczem jednak należy pamiętać, aby zażyć środek wieczorem dostatecznie wcześnie, gdyż dla

*) W Polsce czekoladę z Siononem wytwarza fabryka czekolady E. Wedla.

wykluczenia nazajutrz objawów zmęczenia potrzeba conajmniej 8 godzin snu. Wielką zaletą Adaliny jest jej nieszkodliwość i to nawet przy długotrwałem podawaniu. W przypadkach nerwowej bezsenności, w których zażywano Adalinę codziennie wieczorem przez długie lata, nie stwierdzono żadnych objawów szkodliwego działania lub przyzwyczajenia się.

Przy częstem badaniu moczu nie znaleziono ani razu żadnych nieprawidłowych składników. W każdym razie zaleca się, aby przy długotrwałem podawaniu zmieniać wielkość dawki, zwiększając ją stopniowo od 0,25 do 1 g i wracając znowu do 0,25 g; następnie zaś po 8-io względnie 14-dniowej przerwie można Adalinę znowu podawać. Przy takiem ostrożnem dawkowaniu nie stwierdza się również zbyt łatwego przyzwyczajenia, podczas gdy przy innych środkach nasennych, należy, jak wiadomo, dawkę stale zwiększać.

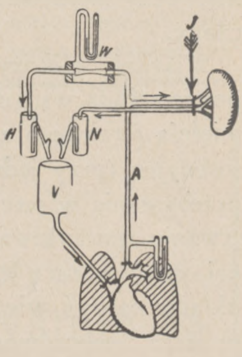
Streszczenie: Adalina przedstawia niewinny środek uspokajający i nasenny, który można bez żadnej szkody zażywać nawet w ciągu długich lat, przyczem nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki ponad 1 g i nie stwierdza się objawów osłabienia działania. W porównaniu z właściwemi swoistemi lekami nasennemi Adalina wyróżnia się nieszkodliwością.

Doc. dr. H. WEESE, Elberfeld.

O DAWKOWANIU NAPARSTNICY.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1931, Nr. 15).

Badania doświadczalne na zwierzętach, dokonywane na preparacie sercowo-płucnym, wykazały, że interesujący terapeutę sercowo-czynny składnik wstrzykniętej dawki naparstnicy jest nadzwyczaj mały. Składnik ten jest charakterystyczny dla każdego glikozydu: prawidłowe serce może związać zaledwie $^1/_{16}$ ($= 6{,}25\%$) najmniejszej śmiertelnej dożylnej dawki digitoksyny i tylko $^1/_{11}$ ($= 9\%$) dawki strofantyny. $^{15}/_{16}$ wstrzykniętej dawki digitoksyny względnie $^{10}/_{11}$ strofantyny zostają przeto związane pozasercowo.



Preparat sercowo-płucny *Starlinga* otrzymuje się w sposób następujący: do doświadczeń używa się kotów lub psów; całkowitą krew przepływającą przez aortę wstępującą skierowuje się do specjalnego systemu, złożonego z rurek i cewek. Krew pokonywa pewien określony opór (W), przepływa przez zegar (H) mierzący jej szybkość i ilość i następnie przez główną żyłę górną (V) wraca zpowrotem do serca. Wobec tego, że główna żyła dolna jest podwiązana, izolowane serce tłoczy krew przez zamknięty układ krążenia, w który włączone są tylko płuca i serce.

Jeżeli chcemy obliczyć pozasercowe zużycie naparstnicy wówczas włączamy (przy J) do układu krążenia narząd przeznaczony dla zbadania. Po wstrzyknięciu glikozydu bezpośrednio przed włączonym dodatkowo narządem do jego głównej tętnicy, glikozyd musi z płynącą krwią przejść przedewszystkiem przez izolowany narząd.

Mięśnie i inne narządy wiążą szybko i w sposób nieodwracalny glikozydy naparstnicy aż do stanu nasycenia, charakterystycznego dla każdego narządu. Jeżeli krew, zawierająca glikozydy, przejdzie nawet tylko raz przez układ naczyń włosowatych różnych narządów, to glikozydy zostają natychmiast całkowicie związane aż do punktu nasycenia. Nawet w krążącej krwi zwierzęcia, przed chwilą zatrutego śmiertelną dawką glikozydu naparstnicowego, glikozyd ten bardzo szybko znika zupełnie ze krwi, pomimo że serce samo wiąże zaledwie bardzo nieznaczną część wstrzykniętej dawki. Przy wstrzykiwaniu dawek leczniczych nie stwierdza się glikozydów naparstnicowych wogóle we krwi, gdyż wszystkie narządy natychmiast wiążą całkowicie te małe dawki glikozydów, przypływających do nich z krwią tętniczą. Z badań powyższych wynika więc, że o „krążeniu naparstnicy" wogóle mówić nie można.

Serca zwierząt ciepłokrwistych przy jednorazowem przejściu krwi, zawierającej glikozydy, przez serce, przyswajają zaledwie ułamkową część jadu, gdyż serce przetłacza przez swą własną sieć naczyń włosowatych przeciętnie tylko 10% przechodzącej przez nie krwi. Wynik zastosowanej dawki naparstnicy, pożyteczny dla serca, zależy więc od czynności fizycznych. Stosunkowe wykorzystanie naparstnicy przez serce jest tem większe, im mniejsze jest stężenie jadu i im wolniej krew przepływa przez serce. Wobec tego zaś, że wiązanie glikozydów jest pierwotnie procesem adsorbcyjnym, staje się zrozumiałem, dlaczego małe stężenia glikozydów zostają o wiele lepiej wykorzystane niż duże: przy stężeniach bowiem małych adsorbcja jest stosunkowo o wiele silniejsza niż przy stężeniach dużych. Lekarz może więc osiągnąć maksymalny efekt nasercowy zapomocą możliwie powolnego wstrzykiwania dożylnego (wlewania) stosując przytem glikozyd o dużym współczynniku podziału (strofantyna = $^1/_{11}$). Ze względu na wolne wchłanianie należy uważać również i domięśniowe stosowanie za odpowiednie. Przy podawaniu doustnem wahania wchłaniania oraz wpływ wątroby, wiążącej naparstnicę jeszcze przed zetknięciem się jej z mięśniem sercowym, zmniejszają dokładność dawkowania. Przy stosowaniu per rectum niepożądany wpływ wątroby zostaje wykluczony.

Wiązaniu glikozydów w chorem sercu sprzyja chorobowa jego rozstrzeń: powierzchnia wsierdzia i układu naczyń sercowych jest w porównaniu z masą mięśnia sercowego zwiększona; glikozyd styka się z większą powierzchnią adsorbcyjną (przy jednakowej masie serca). Podczas gdy w zdrowem sercu czas przebywania w sercu krwi, zawierającej glikozydy, odpowiada w przybliżeniu trwaniu wstrzykiwania, glikozyd w sercu niewyrównanem krąży o wiele dłużej, gdyż wraz z krwią zalegającą względnie mieszaną zostają wtłoczone do układu naczyń wieńcowych coraz to nowe dawki glikozydu. Sprawia to, że w sercu niewyrównanem większą jest nietylko powierzchnia adsorbcyjna, lecz większy jest również i czas adsorbcji. Lepsze więc wykorzystanie naparstnicy w sercu chorem niż w zdrowem opiera się wyłącznie na warunkach fizykal-

nych. Jeśli mimo to przewlekłe przypadki niedomogi serca słabo reagują na naparstnicę lub wreszcie przestają zupełnie na nią reagować, chociaż warunki fizykalne sprzyjają lepszemu wykorzystaniu glikozydów, to zależy to, według *Weesego* od zmian chemicznych w samym narządzie adsorbcyjnym (w sercu) lub w środowisku (we krwi).

Prof. dr. G. BESSAU, Klinika Pedjatryczna Uniwersytetu w Lipsku.

O LECZENIU WYMIOTÓW ACETONEMICZNYCH.

(Referat według Mschr. f. Kinderheilk. 1931, tom 49).

Dotychczasowy, przeważnie skuteczny sposób leczenia wymiotów acetonemicznych polegał na doustnem podawaniu wody i cukru. Stosowanie przy wymiotach cukru per rectum lub drogą wstrzykiwań poprawiało jednak stan ogólny zaledwie bardzo nieznacznie. Stosowane przez niektórych autorów leczenie adrenaliną uważa *Bessau* — pomimo istniejącej hipoglikemji — za bezskuteczne. Również i wstrzykiwania insuliny (przy hipoglikemji!) nie okazują żadnego wpływu na wymioty acetonemiczne.

W patogenezie wymiotów acetonemicznych należy uwzględnić dwa zespoły objawów: 1. powstawanie acetonu, spadek poziomu cukru we krwi, utrata glikogenu wątrobowego i 2. wymioty. Wytwarzanie się w ustroju ciał acetonowych i hipoglikemję można wykazać zapomocą badań laboratoryjnych; o utracie glikogenu wątrobowego możemy sądzić z wyników badań sekcyjnych (stłuszczenie wątroby) i z przebiegu krzywej adrenalinowej: małe podniesienie się krzywej cukru we krwi po adrenalinie wskutek wyczerpania wątrobowych zapasów węglowodanowych. Zniknięcie glikogenu z wątroby nie jest zapewne przyczyną wytwarzania się acetonu, który powstaje, prawdopodobnie, wskutek bodźców ośrodkowych (współczulnych).

Wymioty (ośrodkowe) również nie mogą być przyczyną powstawania acetonu, który ukazuję się częstokroć (zawsze?) wcześniej niż wymioty. Zresztą również i wytwarzanie ciał acetonowych nie musi wywoływać wymiotów. *Bessau* dochodzi wobec tego do wniosku, że oba zespoły objawów wymiotów acetonemicznych muszą być wywołane przez dwa różne bodźce: sympatyczny i parasympatyczny. Jest to bardzo prawdopodobne również i z klinicznego punktu widzenia: istnieje acetonurja bez wymiotów i wymioty bez acetonurji. Rozumie się jednak samo przez się, że wytwarzanie ciał ketonowych może pobudzać istniejące już wymioty, wymioty zaś będą jeszcze bardziej przyspieszać utratę węglowodanów

i powstawanie acetonu. Jeżeli bardzo częste w wieku dziecięcym mózgowe pobudzenie do wymiotów poprzedzi podrażnienie wegetatywne, prowadzące do przyspieszenia spalania węglowodanów, wówczas dochodzi do ciężkiego zaburzenia przemiany materji, przejawiającego się właśnie pod postacią wymiotów acetonemicznych.

Bessau uważa wymioty acetonemiczne za skutek centralnego pobudzenia ośrodków wegetatywnych (prawdopodobnie przez sprawę zakaźną — podobnie jak przy tężyczce) i na tej podstawie zaleca leczenie polegające na uspokojeniu ośrodków wegetatywnych. Wymioty mózgowe w przypadkach intoksykacji niemowląt można uspokoić na 4 — 6 godzin zapomocą podskórnego wstrzyknięcia 0,05 — 0,075 Luminal-Natrium. W przypadkach wymiotów acetonemicznych *Bessau* już od 6 lat systematycznie stosuje Luminal-Natrium. Dawka dla małych dzieci wynosi 0,1 — 0,125, dla dzieci w wieku szkolnym 0,15 — 0,2 g. Po 6 godzinach należy w razie potrzeby zastrzyk powtórzyć. Po ustąpieniu skłonności do wymiotów podaje się doustnie wodę i cukier. Ciała ketonowe znikają zwykle bardzo szybko. Nawet w bardzo ciężkich przypadkach uporczywych wymiotów acetonemicznych, w których leczenie wodą i cukrem pozostawało zupełnie bez skutku, zastosowanie wstrzykiwań Luminal-Natrium stale doprowadzało do szybkiego ustąpienia wymiotów i poprawy stanu ogólnego.

Anselmino i *Hoffmann* z Kliniki położniczej w Düsseldorfie ostatnio donieśli (Kl. Wo. 1931, Nr. 52), że przy wymiotach acetonemicznych ma miejsce nadmierne wytwarzanie opisanego przez nich hormonu tłuszczowej przemiany materji, pochodzącego z przedniego płata przysadki.

Prof. dr. JOHANN ALMKVIST, Stockholm.

PRZYCZYNEK DO HISTORJI TOKSYCZNEGO DZIAŁANIA RTĘCI.

(Referat według Acta med. scand. 1929, tom 70 i Derm. Woch. 1930, tom 11).

Rtęć znaną jest już od bardzo dawna. *Schliemann* znalazł w Kurnie w odkopanych grobach egipskich 18-ej i 19-ej dynastji (16-ty — 15-ty wiek przed Chr.) naczynie, które zawierało według niego rtęć. Skąd Egipcjanie tę rtęć otrzymali i w jakim celu ją stosowali—niewiadomo. W papyrusie *Ebersa* (1553—1550 przed Chr.) o rtęci się nie wspomina, podczas gdy jest tam już mowa o ołowiu, miedzi i połączeniach srebrowych i cynkowych. Nasuwa się w związku z tem przypuszczenie, że w Egipcie stosowano rtęć wyłącznie dla celów technicznych, a nie lekarskich. W Indjach otrzymywano rtęć z Nepalu lub w postaci cynobru (siarczek rtęci) z Tybetu. Rtęć miała w Indjach opinję uniwersalnego środka. Jak bardzo rozpowszechnioną była rtęć w Indjach dowodzi choćby okoliczność, że miała ona tam 33 różne nazwy. Pytanie, kiedy rozpoczęto w Indjach stosować rtęć jako środek leczniczy, jest trudne do rozstrzygnięcia; dotychczasowe badania, mające na celu wyjaśnienie, z jakiego okresu czasu pochodzą księgi, w których jest już mowa o rtęci, nie dały zgodnych wyników. Jedni

uczeni uważają np. że Ayur-Weda Susraty powstała 1000 lat przed Chr., podczas gdy inni podają datę 1000 lat po Chr.!

W Chinach znano rtęć około 400 lat przed Chr. Rtęć otrzymywano przez sublimację z cynobru i stosowano ją zewnętrznie w połączeniu z arsenem dla leczenia owrzodzeń. Możliwe, że pierwsze wiadomości o rtęci przeniknęły do Chin z Indji. Chińczycy nie mieli jednak odwagi zażywać soli rtęciowych do wewnątrz, lecz stosowali je tylko do wcierań i kadzenia przy niektórych pasożytniczych chorobach skórnych, a później również i dla leczenia syfilisu. Prawdopodobnie metoda okadzania powstała w Chinach wcześniej, niż w Europie. Dopiero w 15-ym wieku rozpoczęto w Chinach podawać rtęć również i do wewnątrz.



Leczenie syfilisu okadzaniem rtęciowem i maścią rtęciową. (Amsterdam, 1696).

Starożytni Grecy korzystali z rtęci jedynie dla celów przemysłowych, gdyż uważali rtęć za zbyt jadowitą, aby można było ją stosować w lecznictwie. Pogląd ten przyjęli później Rzymianie. Lekarze arabscy dokonywali na początku wieków średnich prób leczenia maściami rtęciowemi różnych chorób skórnych. Pochody krzyżowe i wojny hiszpańskie w 12-ym i 13-ym wieku przyczyniły się do coraz większego rozpowszechniania się rtęci jako lekarstwa.

Pierwsze doniesienia o zatruciach rtęciowych pochodzą z Indji, gdzie polecano kwaśne mleko jako skuteczny środek przeciwko rtęciczemu zapaleniu śluzówki jamy ustnej. Pierwsze zaś naukowe badania nad szkodliwemi wpływami rtęci pochodzą od lekarzy arabskich, którzy opisują zmiany w jamie ustnej, na migdałkach podniebiennych, w układzie nerwowym i kościach. W 16-ym wieku rozpoczęto leczyć kiłę rtęcią. Wobec tego, że stosowano wówczas bardzo duże dawki, przypadki zatrucia rtęcią zdarzały się niesłychanie często.

Śmiertelne zatrucia wcale nie należały do rzadkości. Zapalenie rtęciowe jamy ustnej, objawy żołądkowe i kiszkowe i zaburzenia nerek słusznie rozpoznawano jako skutki nadużywania rtęci. *Paracelsus* stworzył bardzo fantastyczną

teorję patogenezy zatrucia rtęciowego. Wobec tego, że obraz kliniczny zatrucia rtęcią nie był wówczas jeszcze dokładnie znany, dochodziło często do pomieszania objawów kiłowych z oznakami zatrucia rtęciowego. Coraz częstsze przypadki zatrucia doprowadziły do opozycji przeciwko stosowaniu rtęci, do t. zw. antymerkurjalizmu, którego zwolennicy przez 300 lat toczyli walkę z merkurjalistami. Antymerkurjaliści opisywali obrazy kliniczne zatrucia rtęcią w coraz to okropniejszych barwach. Doszło wreszcie do tego, że gdy początkowo przyjmowano objawy zatrucia rtęciowego za oznaki syfilisu, to później rozpoznawano większość objawów kiłowych jako oznaki zatrucia rtęcią. Wreszcie



Leczenie syfilisu okadzaniem rtęciowem w piecach do wędzenia. (Paryż, 1659).

pogląd na niebezpieczeństwo syfilisu zmienił się zupełnie. Uważano kiłę za chorobę łagodną, której nie wywołuje nawet żaden zwykły czynnik chorobotwórczy, a wszystkie objawy kiłowe są jedynie skutkami leczenia rtęcią. Dużo potrzeba było czasu, aż postępy wiedzy i zdobywanie coraz większego doświadczenia usunęły te błędne poglądy i umożliwiły znowu stosowanie przetworów rtęciowych jako leków przeciwkiłowych. Od czasu zaś gdy farmakologja doświadczalna podała dokładny obraz nietylko ostrego lecz również i podstępnie przebiegającego przewlekłego zatrucia rtęcią, wydało się, że zagadnienie toksyczności rtęci jest już ostatecznie rozstrzygnięte. Tymczasem sprawa amalgamowych plomb miedzianych dowiodła, że kwestja toksyczności minimalnych dawek rtęci nie jest jeszcze definitywnie wyjaśniona. Zapomocą nowoczesnych

mikrometod wykazano, że stwierdzenie w moczu obecności rtęci niezawsze dowodzi zatrucia. Podobno w warunkach normalnych człowiek wydziela codziennie drogą moczu 0,000001 g rtęci.

Pomimo że objawy zatrucia rtęcią są znane już od tak dawna, to zabiegi lecznicze, które można stosować w przypadkach zatrucia, są naogół jeszcze bardzo mało skuteczne. Przedewszystkiem wskazane są zwykłe sposoby, mające na celu utrudnienie wchłaniania rtęci: płókanie ust i żołądka, węgiel, środki wymiotne i czyszczące. Ponadto próbuje się zapomocą związków siarkowych (tiosiarczan, tiooctan strontu i t. d.) zamienić rozpuszczalną sól rtęciową w nierozpuszczalny siarczek. Ostatnio zalecają dla leczenia zatrucia rtęciowego również insulinę.

Dr. N. STOŁYHWO, Ryga.

W SPRAWIE ODKAŻANIA JAMY USTNEJ I GARDZIELOWEJ PODCZAS PŁONICY.

(Referat według Revue des Progrès thérapeutiques, tom V, Nr. 10).

Wrota wejścia zakażenia płoniczego do ustroju znajdują się prawie zawsze w jamie ustnej lub gardzielowej. Z tego względu wskazanem jest, aby we wszystkich przypadkach płonicy dążyć do jaknajdokładniejszego odkażenia jamy ustnej i gardła, gdzie się znajduje pierwotne ognisko czynnika chorobotwórczego. Wiadomo również, że w jamie ustnej znajdują się w obfitości paciorkowce, które mogą wywrzeć na przebieg płonicy wpływ bardzo szkodliwy, przyczyniając się do wtórnych zakażeń i powstawania powikłań. Badania *Friedmanna, Deichera, Dicka, Dochera* i innych wykazały, że zdolność ozdrowieńców po płonicy do rozpowszechniania choroby zależy właśnie od obecności paciorkowców w jamie ustnej.

Na podstawie licznego szeregu badań doświadczalnych *Stołyhwo* stwierdził, że

1) w jamie gardzielowej ozdrowieńców po płonicy znajdują się liczne paciorkowce;

2) posiewy wykonane w pięć minut po starannem przepłókaniu gardła różnemi zwykle stosowanemi środkami odkażającemi (woda utleniona, nadmanganian potasu, napar z rumianku i t. d.) wykazały, że ilość paciorkowców

istotnie się zmniejsza, lecz że w 2 godziny po płókaniu ukazują się one znowu w dawnej obfitości;

3) u chorych, którzy w ciągu kolejnych pięciu dni starannie płóczą sobie jamę ustną i gardło wyżej wymienionemi środkami, nie stwierdza się w gardzieli żadnego wyraźniejszego zmniejszenia się ilości paciorkowców.

W ten sposób *Stołyhwo* wykazał, że zwykłe sposoby płókania gardła, nawet przy starannem ich wykonaniu, są zupełnie bezskuteczne. Tłumaczy się to tem, że płókanie płynami odkażającemi usuwa jedynie paciorkowce z powierzchownych warstw wysięku gardłowego, a nie wpływa wcale na rozwój drobnoustrojów w zatokach i głębokich uchyłkach błony śluzowej.

Wobec tego, że Trypaflavina jest środkiem odkażającym o wiele skuteczniejszym i wyróżnia się ponadto długotrwałością swego działania oraz znacznem przenikaniem w głąb, autor zajął się zbadaniem wartości pastylek Panflavinowych, zawierających jako składnik czynny Trypaflavinę (chlorek 3,6-dwuamino-10-metyloakrydyny). Trypaflavina rozpuszcza się w ślinie, przenika do wszystkich zatok i najmniejszych uchyłków, wywiera tam wyjątkowo silne i długotrwałe działanie odkażające i unieszkodliwia w ten sposób zarazki chorobotwórcze.

Autor wykonał następujące doświadczenia z Panflaviną:

Czterech chorych, u których obecność paciorkowców w jamie gardzielowej stwierdzono bakterjologicznie, mówiło w ciągu minuty przed płytką *Petri'ego* umieszczoną w odległości 60 cm od brzegu ust. Następnie każdy chory zażył pastylkę Panflaviny, a po upływie 5 minut powtórzono doświadczenie, mające na celu zbadanie stopnia zainfekowania hodowli kropelkami śliny. Doświadczenie to we wszystkich przypadkach dało wyniki pomyślne dla Panflaviny. W pięć minut po zażyciu Panflaviny liczba paciorkowców zmniejszyła się znacznie, a po godzinie dwie płytki zawierały tylko 2 lub 3 kolonje paciorkowców, a dwie pozostałe okazały się zupełnie jałowe.

Dwóch innych chorych, którzy dopiero co zostali wypisani ze szpitala po przebyciu płonicy i u których stwierdzono w gardle obecność znacznej ilości paciorkowców, zażywało pastylki Panflaviny co dwie godziny w ciągu 5 dni. Na szósty dzień badanie bakterjologiczne śluzu gardłowego obecności paciorkowców nie wykazało.

Dwaj lekarze oddziału płoniczego, którzy mieli wielką skłonność do zapadania na anginę, zażywali dla celów zapobiegawczych pastylki Panflaviny. Nagłe przerwanie stosowania Panflaviny sprawiło, że jeden z nich zachorował po upływie dwóch dni na anginę, a u drugiego powstało zaczerwienienie gardła, które dzięki zażywaniu pastylek Panflaviny ustąpiło po dwóch dniach.

W 25 przypadkach anginy mieszkowej lub grudkowej pastylki Panflaviny zawsze okazywały nadzwyczaj pomyślny wpływ leczniczy.

Autor osobiście również jest bardzo skłonny do angin, przyczem objawy chorobowe trwają u niego przeciętnie 7 do 9 dni. Podczas ostatniej anginy ze

znacznem obrzmieniem prawego migdała *Stołyhwo* zażywał wyłącznie pastylki Panflaviny; angina ustąpiła zupełnie już po 2 dniach.

Stołyhwo stosował Panflavinę zapobiegawczo u dzieci zdrowych w rodzinach, w których stwierdzono przypadek płonicy. Przy dostatecznie wczesnem zastosowaniu Panflaviny dzieci pozostawały za nielicznemi wyjątkami zdrowe, pomimo że zetknęły się poprzednio z dzieckiem chorem na płonicę. Jako przykład skuteczności tego sposobu zapobiegania niechaj posłuży następujące spostrzeżenie:

W pewnym lokalu znajdowało się czworo dzieci, z których jedno zapadło na płonicę. Dziecko izolowano dopiero na trzeci dzień. U trojga pozostałych dzieci, które jeszcze na płonicę nie chorowały, wykonano odczyn *Dicka*, który u dwojga wypadł dodatnio, a u trzeciego dziecka ujemnie. Wszystkim podawano pastylki Panflaviny i żadne z dzieci na płonicę nie zachorowało. Podobne spostrzeżenia opisują *Brunthaler* i *Wülfing*.

Na podstawie swych doświadczeń *Stołyhwo* uważa, że pastylki Panflaviny, pomimo że nie posiadają bezwzględnej wartości zapobiegawczej i leczniczej, są jednak o wiele skuteczniejsze niż wszelkie inne dotychczas stosowane metody. Zażywanie Panflaviny jest wskazane w następujących przypadkach:

1) u osób, które zetknęły się z chorymi na płonicę;
2) przy leczeniu wszelkich postaci anginy;
3) dla zahamowania rozwoju paciorkowców w gardle u chorych płoniczych, co zapobiega powstawaniu powikłań;
4) dla odkażenia gardła ozdrowieńców po płonicy.

Wiadomo, że większość ozdrowieńców po płonicy wypisuje się ze szpitala bez uprzedniego zbadania, czy mogą oni być nosicielami zarazków. *Stołyhwo* proponuje, aby podawać ozdrowieńcom po płonicy Panflavinę, która, odkażając ich jamę gardzielową, może odegrać dużą rolę w walce z rozszerzaniem się płonicy.

Dr. W. MITHOEFER, Cincinnati.

STOSOWANIE OMNADINY W CHOROBACH USZU, NOSA I GARDŁA.

(Referat według Ann. of Otol., Rhinol. a. Laryngol. 1931, tom 40).

Domięśniowe wstrzyknięcie Omnadiny powoduje, w przeciwieństwie do różnych preparatów mleka, jedynie łagodny odczyn ogólny. Z tego względu Omnadina nadaje się doskonale do stosowania w ostrych, przebiegających z wysoką gorączką stanach zakaźnych. Wczesne wstrzyknięcie Omnadiny może częstokroć nie dopuścić do wybuchu choroby. Tak np. w pewnym przypadku świeżej róży na uchu u 9-miesięcznego dziecka codzienne wstrzykiwania po ½ ampułki Omnadiny (1 cm^3) powstrzymały w ciągu 2 dni rozwój choroby, gorączka zaś ustąpiła już pod koniec trzeciego dnia. Na korzyść

Omnadiny przemawia jeszcze okoliczność, że nie wywołuje ona nigdy objawów anafilaktycznych.

W ciągu ostatnich 4 lat *Mithoefer* dokonał przeszło 5000 wstrzykiwań Omnadiny. Zwykle wstrzykiwano codziennie w ciągu 3 kolejnych dni po 1 ampułce (2 cm^3) domięśniowo (dopośladkowo lub w m. deltoideus). Rzadko kiedy zachodziła potrzeba dokonania więcej niż 3 lub 4 wstrzykiwań. W przypadkach poważniejszych zakażeń *Mithoefer* nie wahał się wstrzykiwać dwa razy dziennie po 1 ampułce. Ani razu nie spostrzegano żadnych miejscowych lub ogólnych dolegliwości po zastrzyku. Jedynie po wstrzyknięciu do mięśnia naramiennego chory może w ciągu kilku godzin odczuwać niewielki ból. Niektórzy pacjenci czuli się po wstrzyknięciu Omnadiny raźniejsi i odzyskiwali apetyt.

We wczesnych okresach nieżytu jamy nosowo-gardzielowej Omnadina działa częstokroć jako środek swoisty. Jest to szczególnie ważne zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroba rozpoczyna się nagle w postaci napadu z silnemi bólami przy łykaniu. Jeżeli katar nosa i gardła jest jedynie miejscowym objawem zaburzeń innych narządów, jak np. przy zatruciu kiszkowem, wówczas Omnadina może mieć, oczywiście, działanie bardzo ograniczone, o ile nie zastosuje się jednocześnie innych zabiegów dla przezwyciężenia choroby podstawowej. Nieżytowi jamy nosowo-gardzielowej towarzyszy czasem, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby, leukopenja. Wzrost liczby ciałek białych w 5 godzin po wstrzyknięciu Omnadiny należy uważać za pomyślną oznakę rozpoczynającej się poprawy.

We wczesnych okresach zapalenia okołomigdałkowego (Peritonsillitis) oraz w przypadkach ostrego zapalenia migdałków *Mithoefer* stwierdzał zupełne ustąpienie zapalenia okołomigdałkowego po 2 lub 3 wstrzykiwaniach Omnadiny. Na czwarty lub piąty dzień po wycięciu migdałków występuje często bolesne zapalenie podniebienia miękkiego — powikłanie bardzo przykre ze względu na możliwość wytworzenia się ropnia pozagardzielowego lub nawet ogólnego zakażenia. *Mithoefer* spostrzegał niejednokrotnie, że objawy poważnego zapalenia, mającego swe źródło w ranie po dokonanej na migdałkach operacji, ustępowały bardzo szybko pod wpływem wstrzykiwań Omnadiny. Opierając się na tych spostrzeżeniach, autor dochodzi do wniosku, że powyżej wspomniane powikłania pooperacyjne przedstawiają wdzięczne wskazanie do stosowania Omnadiny.

Również i angina Plaut-Vincenta, która często nie poddaje się działaniu Salvarsanu i kwasu chromowego, ustępuje zwykle szybko pod wpływem wstrzykiwań Omnadiny.

Autor leczył pewnego 16-letniego chłopca dotkniętego niezwykle ciężką postacią anginy Plaut-Vincenta. Gorączka dochodziła do 39°. Chłopiec leżał w łóżku już od 2 tygodni. Okolica nad prawym migdałkiem była pokryta szarym, błoniastym nalotem. Badanie na błonicę dało wynik ujemny, natomiast stwierdzono obecność krętków swoistych dla anginy Plaut-Vincenta. Po 3 wstrzyknięciach Omnadiny gorączka ustąpiła, a jeszcze po kilku dniach zniknęły również i szare naloty. Po wyleczeniu stwierdzono ubytek części prawej połowy nagłośni.

Mithoefer stosuje chętnie Omnadinę również i w przypadkach zakażenia ucha środkowego i uważa, że nierzadko udaje się w ten sposób nie dopuścić do dalszego rozwoju choroby. Niektórzy chorzy stwierdzili po wstrzyknięciu ustąpienie bólów. Również i przy wysiękowych nieżytach ucha środkowego, przy zapaleniu ucha zewnętrznego, przy czyrakach ucha i przy pryszczycy zewnętrznego przewodu słuchowego, zwłaszcza w ostrej postaci, Omnadina okazywała swój pomyślny wpływ leczniczy.

Następnie *Mithoefer* zaleca dokonywanie wstrzykiwań Omnadiny wszystkim chorym, u których można przypuszczać zmniejszenie odporności w walce z zakażeniem. Dotyczy to zwłaszcza chorych na cukrzycę oraz tych rzadkich przypadków krwiotocznego zapalenia wyrostka sutkowego, w których należy wykonać doraźny zabieg operacyjny.

Przy leczeniu ostrych schorzeń jamy nosowej bardzo pożyteczne okazały się w połączeniu z innemi zabiegami codzienne wstrzykiwania Omnadiny conajmniej w ciągu 7 — 10 dni. W przypadkach ciężkich zakażeń zatoki szczękowej autor przed dokonaniem przepłókania wstrzykuje trzykrotnie Omnadinę, poczem przepłókiwaniom towarzyszy znacznie mniejszy odczyn. Po operacjach w zatoce nosowej i w obrębie wyrostka sutkowego *Mithoefer* wstrzykuje codziennie po 2 cm^3 Omnadiny; pomyślny przebieg choroby upoważnia do wyciągnięcia wniosku, że Omnadina wzmacniała u tych chorych zjawiska odpornościowe.

Spostrzeżenia *Mithoefera* w dziedzinie chorób uszu, gardła i nosa dowodzą, że Omnadina przedstawia przy leczeniu zakażeń paciorkowcowych wartościowy środek, który wspiera skutecznie naturalne siły obronne w ich walce z zakażeniem.

Dr. E. RH.-FENNER, Kolonja

CHORY Z UROJENIA W SZTUCE MALARSKIEJ.

(Referat według Therap. Berichte 1932, Nr. 2).

Molière (1622 — 1673) w swej słynnej komedji „Le malade imaginaire“ tak po mistrzowsku przedstawił typ „człowieka chorego z urojenia“, że również i obecnie nic do tego obrazu dodać nie można. „Bohater“ Molierowski pozyskuje sobie nawet chwilami naszą sympatję, lecz ogarnia nas natychmiast



Boucher (1703 — 1770) Chory z urojenia.

słuszny gniew, gdy się zastanowimy, że współczujemy przecież osobie niegodnej. Oszukaniec, może zresztą oszukaniec nieświadomy, lecz jednak oszukaniec, pozyskuje sobie nasze współczucie, choćby nawet wyrażało się ono nie czynem, a tylko słowami! Taki chory z urojenia jest zapewne czasem człowiekiem nieszczęśliwym, któremu żadne, nawet najbardziej skuteczne leki pomóc nie są wstanie, gdyż tkwi on zbyt głęboko i uporczywie w istocie swego cierpienia. Wielu takich chorych jest jednak bardzo zadowolonych ze swego losu, choć

z pewnością oburzaliby się, gdyby im to powiedzieć. Chorzy ci są głównym ośrodkiem wszelkich czynności otoczenia, które się musi bezustannie i troskliwie opiekować pacjentem; każdy „objaw“ staje się przedmiotem poważnych rozważań; chory jest najważniejszą w domu osobą, której się poświęca maximum wysiłku i uwagi, aby mu pod każdym względem dogodzić. Chory taki zapewne nigdy nie „wyzdrowieje“, lecz powodzi mu się znakomicie.

Boucher przedstawił na swym obrazie chorego z urojenia tak, jak go opisał *Molière*. Chory znajduje się pod opieką czułych i troskliwych pań — pod



Daumier (1810 — 1879) Chory z urojenia.

opieką zwykłego pielęgniarza z pewnością o wiele prędzej powróciłby do zdrowia. Dziwnie wyglądają lawatywki, baseny i t. p. miłe przyrządy w tem pełnem wdzięku rokokowem środowisku!

Satyra obrazu *Daumiera* jest jeszcze ostrzejsza. Jego chory z urojenia z pewnością nie jest szczęśliwy, choć „lekarstwa“ przed nim stojące dowodzą, że przyjemności trunków pacjent sobie nie odmawia. Lecz jakież ponure myśli krążą dookoła jego głowy! Rejent, któremu chory wręczył swój testament, lekarz, który mu znowu puszcza krew, wdowa rozpaczliwie załamująca ręce,

stolarze, którzy zdejmują miarę do zrobienia trumny, anatom, który już zaczyna sekcję jego ciała — oto okropne myśli biednego pacjenta, który żałośnie opuszcza głowę i nawet nie podejrzewa, jaki on jest właściwie zdrów. Abyśmy jednak zbytnio nie współczuli nieszczęśliwemu „choremu", artysta-malarz pozwala nam się domyślać właściwych intencyj obrazu, przedstawiając znakomity stan odżywiania pacjenta i jego kwitnący wygląd.



Rowlandson (1756 — 1827) Hipochondryk.

Hipochondryk *Rowlandsona* jest ofiarą jeszcze okropniejszych halucynacyj. Satyra *Rowlandsona* jest już tak straszna, że przekracza właściwie granice komizmu, gdyż jego pacjent jest z pewnością już nie chorym z urojenia, a ciężkim psychopatą, którego prześladują groźne demony. Uśmiechnięta mina żony chorego i pogodny wyraz twarzy rozmawiającego z nią doktora w peruce sprowadzają trochę weselszego nastroju do tego bardzo ponurego naogół obrazu. Mamy tu do czynienia, prawdopodobnie, z poważniejszą chorobą umysłową i wszelka ironja staje się w tych warunkach już zupełnie niewłaściwą.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Wskazania i wyniki swoistego leczenia kiły aorty.

Citron zaleca w przypadkach kiły aorty z współistniejącą niedomogą serca dietę oraz jod doustnie. Po przywróceniu wyrównania *Citron* stosuje domięśniowo jod i bizmut. Również i bardzo małe dawki Salvarsanu dają czasami dobre wyniki lecznicze.

Galewski uważa za najodpowiedniejsze ostrożne leczenie Salvarsanem i jodem, przyczem można dodatkowo stosować również i bizmut. Salvarsan stosuje się tylko w bardzo małych dawkach (0,1 g Neosalvarsanu), przyczem nigdy nie wolno przekraczać dawki 0,2 — 0,3 g. W epoce przedsalvarsanowej stosowano rtęć i jod, lecz wyniki ówczesne były znacznie gorsze.

Kisch w przypadkach niepowikłanych mesaortitis luetica przygotowuje chorych dużemi dawkami jodu, a następnie wstrzykuje Neosalvarsan. Z chwilą wystąpienia niewyrównania Salvarsan jest przeciwwskazany, a należy przedewszystkiem podawać środki nasercowe, Novasurol lub Salyrgan, a później ewent. Natrium jodatum. W przypadkach kiłowego zajęcia tętnicy głównej, przebiegającego z niedomogą, należy wogóle zaniechać wszelkiej energicznej kuracji preparatami arsenowemi i stosować tylko środki nasercowe, Salyrgan wzgl. jod; w ciężkich stanach dusznicy bolesnej wskazane są małe dawki Luminalu.

Według *Leschkego* i licznych innych autorów zwiększanie się ilości przypadków kiły aorty i kiły układu nerwowego nie ma, oczywiście, nic wspólnego ze stosowaniem Salvarsanu. 88% chorych, leczonych przez *Leschkego*, nie przechodziło wogóle żadnej kuracji salvarsanowej, a w 10% leczenie było niedostateczne i zbyt późno rozpoczęte. *Leschke* leczy wszystkie kiłowe choroby serca i naczyń nawet przy współistniejącej niedomodze serca Salvarsanem w połączeniu z jodem i bizmutem. *Leschke* stosuje jod dożylnie, bizmut domięśniowo. W ciągu pierwszych 3 lat należy powtarzać kurację swoistą co 6, 9 i 12 miesięcy, a w międzyczasie podawać jod do wewnątrz lub per rectum.

Monacelli na podstawie dużego materjału chorych kiłowych dochodzi do wniosku, że najlepsze wyniki daje Neosalvarsan stosowany naprzemian z bizmutem. Warunkiem powodzenia jest jednak dostatecznie wczesne rozpoczęcie kuracji.

Ritter osiągał wyniki bardzo dobre, które w poszczególnych przypadkach można nawet było uważać za trwałe. *Ritter* rozpoczyna leczenie od jodu, następnie stosuje kurację rtęciową, którą ewent. można zastąpić kuracją bizmutową, i wreszcie wstrzykuje Salvarsan w dawkach po 0,15 (najwyżej 0,3 g). Dobre wyniki dawało również kombinowane leczenie Neosalvarsanem i szczepieniem malarji (*Schlesinger*, Wiedeń; *Scherber*, Wiedeń).

Dr. Citron, Berlin, *prof. dr. Galewski*, Drezno, *dr. Kisch*, Wiedeń, *prof. dr. Leschke*, Berlin, *dr. Monacelli*, Rzym, *dr. Ritter*, Hamburg.

(Derm. Wsch. 1931, Nr. 1)

O wpływie Siononu na aceton.

Autor zdaje sprawę z wyników stosowania Siononu w przypadkach cukrzycowych zaburzeń przemiany materji. Sionon podawano doustnie w dawkach do 80 g na dobę. Stosowano go zarówno w przypadkach już istniejącej acetonurji jak i dla ochrony chorego przed grożącą mu aceto-

nemją przy ograniczeniu dowozu węglowodanów. Jako typowe przykłady wpływu Sononu na aceton autor przytacza w streszczeniu następujące historje chorób:

1) Chory K., lat 55. Przed rozpoczęciem leczenia pacjent wydzielał w moczu 95 g cukru na dobę; próby na aceton wybitnie dodatnie. Pod wpływem odpowiedniej diety i podawania Sionionu w dawce dobowej do 50 g wydzielanie cukru spada bez użycia insuliny do 4—5 g; acetonu zaledwie ślad. Czas leczenia wynosił około 6 tygodni. Przy próbach zwiększenia dawki Sionionu powstawały, coprawda, przy jednoczesnem podawaniu większych ilości tłuszczów i śmietanki lekkie zaburzenia kiszkowe.

2) Chory M., lat 65. Na początku leczenia dobowe wydzielanie cukru w moczu wynosiło 12—13 g ze skłonnością do acetonurji. Chory zażywał w ciągu 14 dni Sionon w dawce dobowej do 70 g. Pacjent znosił Sionon doskonale. Cukier w moczu ustąpił zupełnie, badanie na obecność acetonu stale dawało wynik ujemny.

3) Chora B., lat 48. Dobowy cukromocz 8 g, umiarkowana acetonurja. Po ograniczeniu ilości spożywanych węglowodanów ilość acetonu w moczu znacznie wzrasta. Wówczas podano pacjentce Sionon w dawkach do 50 g dziennie. Po 6 tygodniach mocz nie zawiera wcale ani cukru ani acetonu.

4) Chory A., lat 55. Wydzielanie cukru dochodzi na dobę do 158 g; niewielka acetonurja. Pod wpływem ograniczenia węglowodanów ilość acetonu w moczu zwiększyła się znacznie, wobec czego autor zalecił Sionon w dawce do 50 g dziennie. Po 14-dniowem leczeniu dobowa ilość cukru w moczu obniża się do 10 g, ilość zaś acetonu zmniejsza się znacznie. Kuracja chorego trwa nadal.

Rozumie się samo przez się, że również i w przypadkach 2. 3. i 4-ym zastosowano odpowiednie ograniczenia dietetyczne.

Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że w przypadkach kwasicy cukrzycowej Sionon ogranicza wydatnie wytwarzanie się związków acetonowych. Ponadto Sionon zasługuje na szczególną uwagę również i z tego względu, że przedstawia on pełnowartościowe źródło energji kalorycznej. Chorzy zażywają Sionon bardzo chętnie, gdyż jego przyjemny słodki smak zaspakaja do pewnego stopnia pragnienie chorych cukrzycowych do spożywania słodyczy.

Dr. O. Pusko, Grac.

Leczenie dietą wątrobową rozsianego stwardnienia rdzenia.

Goodall i Slater donoszą o 5 chorych dotkniętych rozsianem stwardnieniem rdzenia, których leczono dietą wątrobową. Podawano im codziennie 225 g lekko zagotowanej wątroby. Wyniki okazały się naogół pomyślne. Skurcze mięśniowe, drżenie, oczopląs i zaburzenia odruchów cofnęły się w znacznym stopniu. Dwóch zupełnie poprzednio niezdolnych do pracy pacjentów (mechanik i rolnik) powróciło po kuracji do swej pracy zawodowej; pewien mężczyzna, który nie mógł wcale stać, odzyskał zdolność chodzenia; młoda kobieta, która od 2 lat zmuszona była porzucić wszelkie sporty, gra obecnie w hockeya. Leczenie szeregu innych pacjentów jest w toku i można się spodziewać dodatnich wyników. *Goodall* i *Slater* uważają rozsiane stwardnienie rdzenia za chorobę uwarunkowaną, prawdopodobnie, wypadnięciem jakiegoś nieznanego nam jeszcze czynnika odżywczego.

Dr. Goodal i *dr. Slater*, Edinburg.
(Brit. Med. Journ 1931, Nr. 3670)

O leczeniu zakażeń septycznych Rivanolem.

Stosowałem Rivanol z dobrym wynikiem w przeszło 500 przypadkach septycznych zakażeń. Oto kilka przykładów:

1) Pani K. M., lat 30; głębokie ropne zapalenie lewego gruczołu sutkowego podczas karmienia. Po nacięciu zastosowałem przepłókiwania roztworem Rivanolu 1 : 1000. Na trzeci dzień ropienie ustało zupełnie. Założony tampon był prawie suchy. Podczas gdy leczenie podobnych przypadków trwa zwykle dłużej niż 3 tygodnie, pacjentka ta dzięki zastosowaniu Rivanolu, na dziewiąty dzień po nacięciu była już zupełnie zdrowa.

2) Panna F. B., lat 18; ropień na prawym policzku; nie zgadza się na nacięcie, obawiając się blizny. Dokonałem wobec tego nakłucia ropnia, poczem wstrzyknąłem 2 cm^3 roztworu Rivanolu 1 : 1000. Roztwór pozostawiłem w opróżnionej jamie ropnia przez 2 minuty (nie usuwając jeszcze igły), następnie zaś aspirowałem go strzykawką. Dalsze leczenie polegało na stosowaniu wilgotnych okładów. Na drugi dzień powtórzyłem zabieg, przyczem ropienie było już o wiele mniejsze. Na trzeci dzień ropy już nie było. Na piąty dzień ropień można było uważać za wyleczony. Po wygojeniu nie było żadnego śladu blizny na policzku.

3) L. S., pięcioletnia dziewczynka; ostra flegmona obejmująca przeszło $^2/_3$ lewego uda, kolano i górną część podudzia. Dwóch lekarzy leczyło chorą już 40 dni, lecz bez żadnego wyniku. Pomimo obfitego odpływu ropy (30 g) rozszerzyłem otwór do 3 cm i przepłókałem jamę ropnia (długości około 20 cm) na udzie i podudziu roztworem Rivanolu 1 : 1000. Następnie zaleciłem bezwzględny spokój w łóżku i wilgotne okłady. Już nazajutrz odpływ ropy zmniejszył się conajmniej czterokrotnie, na trzeci zaś dzień ropienie ustało zupełnie. Przepłókiwania roztworem Rivanolu stosowałem ogółem przez 10 dni, poczem nastąpiło ostateczne wyleczenie.

Stosowałem roztwór Rivanolu 1 : 100 również w postaci kropel dla leczenia zapalenia ucha środkowego i zewnętrznego oraz roztwór 1 : 1000 dla przepłókiwań pochwowych. U 42 kobiet stwierdziłem znaczną poprawę, której zapomocą poprzednio stosowanych środków przeważnie nie udawało się osiągnąć.

Dr. Mustapha Buschnak, Nablus (Palestyna).

W sprawie leczenia czerwonego liszaja płaskiego (Lichen ruber planus-Lichen Wilsoni) Mitigalem.

Helena Z., lat 45, cierpi od roku na przewlekłą chorobę skórną, umiejscowioną na prawej kończynie górnej, przeważnie na prawem przedramieniu. Stan obecny: na powierzchni zginaczy, grzbietowej dłoni oraz w zgięciu łokciowem prawem znajdują się grudki rozmaitej wielkości o kolorze opalizującym, różowo-czerwonym z odcieniem sinawym. Brzegi grudek są ostro odgraniczone, o kształcie wielokątnym. Powierzchnia grudek jest gładka, woskowato lśniąca, tu i owdzie w części środkowej grudek widać wgłębienie. Wykwity skórne wywołują silne swędzenie, powodują bezsenność i silną depresję psychiczną. Wewnętrzne leczenie arszenikiem we wzrastających dawkach i rozmaite maści z chryzarobiną, naftalanem i t. d. nie tylko nie usuwają choroby, ale raczej wzmagają swędzenie, rozprzestrzeniają wykwity na tej samej kończynie i wywołują ostry posiew grudek na dotychczas zdrowej lewej kończynie górnej. Chorej zaordynowałem Mitigal, który natychmiast usunął dominujący objaw. Po 3 tygodniach wykwity zupełnie zginęły z pozostawieniem nieznacznych plam barwnikowych.

Dr. E. Szor.
Augustów, Województwo Białostockie.

Nowe drogi dla zwalczania raka.

Fischer-Wasels leczył najbardziej złośliwe transplantowane nowotwory myszy następującym sposobem: wstrzykiwał sole żelazowe i zawierające żelazo barwniki (zwłaszcza błękit izaminowy) oraz podawał do oddychania mieszaninę z tlenu (5%) + dwutlenek węgla. W ten sposób auto-

rowi udawało się zadziałać pomyślnie na nowotwory i wyleczyć większość myszy, czego przy pomocy dotychczas znanych metod nikt jeszcze nie był wstanie osiągnąć. Codzienne trzygodzinne oddychanie mieszaniną O_2—CO_2 i wstrzykiwania barwników żelazistych wywierały wpływ niszczący nawet na bardzo duże raki i w 50% doprowadzały je do zupełnej martwicy względnie wchłonięcia się. U kilku natomiast chorych, dotkniętych rakiem, powyższy sposób leczenia żadnego wpływu na przebieg choroby nie okazał.

W doświadczeniach na zwierzętach udawało się osiągnąć pomyślne wyniki lecznicze również i zapomocą cukru i insuliny. U ludzi zastrzyki cukru i insuliny doprowadzały, coprawda, do pewnej poprawy stanu ogólnego lecz w stosunku do samej sprawy nowotworowej pozostawały bezsilne. Pomyślne działanie okazywała również kombinacja oddychania $O_2 + CO_2$ z pobudzeniem układu śródbłonkowo - siateczkowego oraz zakwaszeniem ustroju wzgl. podawaniem preparatów śledzionowych.

Prof. B. Fischer-Wasels, Frankfurt n/M.

(Kl. Wo. 1930, Nr. Nr. 25 i 26).

W sprawie leczenia półpaśca (Herpes Zoster)

Freude zwalczał silne bóle u 4 chorych dotkniętych półpaścem zapomocą okołokręgowych (paravertebralnych) wstrzykiwań Novocainy. Pewnej pacjentce z półpaścem w 5-ym segmencie grzbietowym autor po wywołaniu pęcherzyka skórnego zastrzyknął okołokręgowo w okolicy 4-go i 5-go kręgu grzbietowego 3 cm³ 2%-owego roztworu Novocainy. Bezpośrednio po wstrzyknięciu bóle znacznie złagodniały, a po 30 minutach ustąpiły zupełnie. Ostateczne wyleczenie nastąpiło po 8 dniach. Drugiemu choremu dokonano zastrzyków okołokręgowych w okolicy 9-go i 10-go kręgu grzbietowego. Bóle osłabły już po 10 minutach, a po 20 znikły zupełnie. Wyleczenie bez nawrotu nastąpiło w ? dni po wstrzyknięciu. Dwaj pozostali chorzy po przebytym i wyleczonym już półpaścu skarżyli się na uporczywe i dokuczliwe bóle, trwające od 3 tygodni. Pod wpływem okołokręgowych wstrzykiwań Novocainy bóle te szybko ustąpiły. Ze spostrzeżeń autora wynika więc, że okołokręgowe wstrzykiwania Novocainy wpływają nadzwyczaj pomyślnie na silne zwykle objawy bólowe w przebiegu półpaśca, nie okazując przytem żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Również i bóle następcze po wyleczonym już półpaścu znikają szybko po jednem wstrzyknięciu.

Dr. E. Freude,

III. Poliklin. chor. wewn. Uniw. w Berlinie.
(Münch. med. Wschr. 1931, Nr. 38).

Vigantol a tran.

Tran wpływa, coprawda, leczniczo na krzywicę, lecz nie wolno przytem nie uwzględniać znakomitych wyników, jakie osiąga się przy tej chorobie zapomocą naświetlanej ergosteryny, a zwłaszcza Vigantolu. Dopiero bowiem Vigantol umożliwił podawanie niemowlętom i wrażliwym starszym dzieciom przeciwkrzywiczej witaminy D w dostatecznej ilości. Objawy szkodliwe występowały przy stosowaniu witaminy D dopiero po wielokrotnem przekroczeniu właściwej dawki, czyli że są one bardzo łatwe do uniknięcia. Podobne objawy działania ubocznego zdarzają się zresztą również i przy przedawkowaniu tranu. Prof. *Jundell* ze Sztokholmu spostrzegał np. u dwojga dzieci oraz w doświadczeniach na zwierzętach zwyrodnienie mięśnia sercowego pod wpływem nadmiernie długiego podawania tranu.

Dr. S. Büchner, Itzehoe.

(Med. Welt, 1931, Nr. 30).

Kombinowane stosowanie $MgSO_4$ i Salyrganu jako środków moczopędnych przy obrzękach sercowych.

W przypadkach, w których działanie moczopędne Salyrganu po długotrwałem jego stosowaniu zaczyna słabnąć, można znowu osiągnąć obfitą diurezę przez połączenie Salyrganu z $MgSO_4$. Wstrzykuje się głęboko dopośladkowo mieszaninę z 15 cm³ 50%-owego $MgSO_4$ + 2 cm³ Salyrganu + 1,5 cm³ 5%-owej Novocainy. W wielu przypadkach obrzęków sercowych otrzymy-

wano w ten sposób zawsze bardzo obfitą diurezę, dochodzącą w ciągu 24 godzin do 5 litrów i więcej.

Dr. Shelling i *dr. Tarr.*
(Med. Journ. a Rec. 1930).

O leczeniu odry Pyramidonem.

Taniguchi i *Imaizumi* leczyli 30 chorych na odrę dzieci Pyramidonem. Pięcioro dzieci leczono dla porównania innemi, zwykle stosowanemi sposobami. Dzieci do 1 roku otrzymywały na dobę 0,2 g, do 2 lat 0,2 — 0,25 g, do 3 lat 0,25 — 0,3 g i powyżej 3 lat 0,3 — 0,4 g. U dzieci leczonych Pyramidonem stwierdzono niższy i krótszy przebieg krzywej gorączkowej, niż u dzieci, którym, dla umożliwienia porównania, Pyramidonu nie podawano. Różnica ta występowała szczególnie jaskrawo zwłaszcza w przypadkach, w których leczenie Pyramidonem rozpoczęto dostatecznie wcześnie. Choroba kończyła się u dzieci leczonych Pyramidonem znacznie wcześniej, a wysypka była o wiele słabsza. *Hiroshima* (Jikken Jho 1931, Nr. 202) dawał 63 chorym na odrę Pyramidon, mniej więcej w takich samych dawkach jak *Taniguchi* i stwierdził, że czas trwania choroby był pod wpływem Pyramidonu przeciętnie o 1 — 3 dni krótszy niż zwykle*). Wraz ze spadkiem gorączki poprawia się apetyt i dzieci stają się raźniejsze. Zaledwie w poszczególnych przypadkach spostrzegano objawy działania ubocznego, jak wymioty i mdłości.

Prof. dr. Taniguchi i *dr. M. Imaizumi*,
Osaka (Jikken Jho 1931, Nr. 202).

*) Podobne wyniki otrzymali ostatnio również i ***Ronaldson i Collier*** (Brit. med. II. 1930, Nr. 3649). Leczyli oni Pyramidonem 150 dzieci chorych na odrę i stwierdzili, że Pyramidon wpływa pomyślnie nietylko na gorączkę lecz również i na inne objawy odry. Nie wynika z tego bynajmniej, że Pyramidon przedstawia swoisty środek przeciwko odrze. Wpływ leczniczy Pyramidonu jest największy w pierwszym okresie choroby, lecz również i później może on znacznie złagodzić przebieg choroby.

W sprawie leczenia łuszczycy.

44-letni właściciel sklepu towarów kolonjalnych choruje już od wielu lat na uporczywą łuszczycę. Staranne leczenie różnemi maściami oraz energją promienistą pozostawało bezskuteczne. Czasami łuski ustępowały, po krótkim jednak okresie poprawy stale następował nawrót choroby.

Stan obecny: trzy duże, prawie zlewające się wykwity na przedniej stronie prawego uda; na obu łokciach liczne mniejsze ogniska. Rozpoznanie: łuszczyca. Autor zastosował leczenie Triphalem i dokonał ogółem 20 wstrzykiwań:

29	grudnia	1929	Triphal	0,001	g
4	stycznia	1930	„	0,0025	„
10	„	„	„	0,005	„
14	„	„	„	0,01	„
19	„	„	„	0,025	„
25	„	„	„	0,05	„
1	lutego	„	„	0,1	„
8	„	„	„	0,1	„
15	„	„	„	0,1	„
1	marca	„	„	0,1	„

Żadnych objawów działania ubocznego nie było. W przeciwieństwie do dotychczasowych danych piśmiennictwa *jako pierwsze* zaczęły ustępować wykwity na kończynach. 1 marca powiedziałem choremu, że potrzeba jeszcze 3 wstrzykiwań Triphalu, pacjent jednak już do mnie się nie zgłosił, pomimo że objawy chorobowe jeszcze nie cofnęły się całkowicie. 14.VII, to znaczy po $3^1/_2$ miesiącach widziałem chorego znowu. Z wielką radością zakomunikował mi, że wyleczył się z uciążliwej choroby, co też mogłem przedmiotowo stwierdzić. Skóra istotnie odzyskała swój prawidłowy wygląd; nigdzie nie było nawet śladów przebytej choroby.

Dr M. Held, Jassy.

Avertinowa narkoza podstawowa.

Na przeszło 2000 przypadków podstawowego uśpienia zapomocą Avertiny autorzy nie mieli ani jednego przypadku śmierci w związku z narkozą. W roku ubiegłym podawano do odbytnicy Avertinę z eterem w oliwie, przyczem wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne. Avertina jest szczególnie godną polecenia dla przeprowadzenia uśpienia u bardzo nerwowych pacjentów, przy operacjach gruczołu tarczowego i złamaniach kości u ludzi starszych (znacznie mniejsze niebezpieczeństwo pooperacyjnego zapalenia płuc), oraz przy operacjach w jamie ustnej, ewent. i przy kauteryzacjach. Autorzy nie zgadzają się z twierdzeniem, jakoby gruźlica przedstawiała przeciwwskazanie do stosowania Avertiny, gdyż właśnie w przypadkach czynnej gruźlicy płuc osiągali przy jej pomocy szczególnie pomyślne wyniki. *York* i *Schork* są zdania, że w razie niemożności zastosowania znieczulenia miejscowego Avertina jest u chorych na gruźlicę płuc stanowczo najodpowiedniejszym środkiem dla przeprowadzenia narkozy. W przypadkach nadciśnienia tętniczego wskazana jest ostrożność, gdyż w przypadkach takich Avertina wywołuje szczególnie duży spadek ciśnienia. Przy współistnieniu zaburzeń sercowo-nerkowych może to doprowadzić do znacznego zmniejszenia wydzielania moczu, do niepożądanego, nadmiernego nagromadzenia się Avertiny we krwi, a w niepomyślnych okolicznościach nawet do mocznicy.

Dr. York i *dr. Schork*, Baltimore.
(South. Med. J., 1931, tom 24, Nr. 3).

O leczeniu pooperacyjnego zatrzymania moczu podskórnemi wstrzykiwaniami pilocarpiny.

Autor leczył 21 chorych z pooperacyjnem zatrzymaniem moczu podskórnemi wstrzykiwaniami pilocarpiny. Wyniki okazały się naogół bardzo pomyślne; poważniejszych powikłań, występujących czasem przy stosowaniu dożylnem, nie było ani razu. Ogółem dokonał *Belitz* 25 wstrzykiwań. U 5 chorych wprowadzono poprzednio cewnik, u 2 stosowano naprzemian cewnikowanie i wstrzykiwania pilocarpiny. Jednemu choremu wstrzykiwano naprzemian pilocarpinę i 25%-owy roztwór siarczanu magnu (po 2,0), który pozostał jednak bez wpływu na oddawanie moczu. 4 przypadki (= 16%) na leczenie pilocarpiną nie reagowały (chorzy w ciągu godziny nie oddali moczu); *Belitz* uzależnia te przypadki niepowodzenia od stosowania zbyt małej dawki pilocarpiny. W przypadkach takich należy, po upływie godziny, zastrzyknąć powtórnie. Dla uniknięcia nieodpowiednich dawek i przykrych objawów działania ubocznego wskazanem jest określać przed operacją stan układu nerwów wegetatywnych.

Dr. O. Belitz.
Państwowy Zakład Ginekologiczny w Kijowie.
(Zbl. Gyn., 1931, Nr. 40).

Rzeżączka odbytnicy u kobiet.

Rzeżączka u kobiet bardzo często przechodzi na odbytnicę. Powikłanie to stwierdza się w 10 do 20% przypadków. Autor stosuje z doskonałym wynikiem następujący sposób leczenia: po wypróżnieniu wlewa się do odbytnicy 125 g 2‰ roztworu Trypaflaviny, wieczorem zaś wprowadza się strzykawką następującą maść: Argenti nitrici 1,0, Balsami peruv. 10,0, Vaselini flavi ad 100,0.

Dr. M. Temesvary, Budapeszt.
(Zbl. f. Gyn. 1930, Nr. 50).

Wpływ snu, bezsenności i pracy fizycznej na chemizm krwi.

„Toksyny zmęczenia“ wywołują oprócz ogólnego uczucia zmęczenia zmiany czynności krwiobiegu, składu krwi i pobudliwości nerwowej. Czynnikiem wywołującym „toksyny zmęczenia“ było w doświadczeniach autorów pozbawienie snu. Po bezsennej nocy krew okazuje się bardziej „wodnistą“, niż po nocy dobrze przespanej; zawartość soli kuchennej, zasad, CO_2, a prawdopodobnie również i fosforanów jest zwiększona, rezerwa alkaliczna zmienia się nieznacznie. Praca fizyczna powoduje większe wahania zawartości prawie wszyst-

kich badanych składników, a zwłaszcza zdolności wiązania tlenu, zawartości dwuwęglanów w osoczu, zasad, kwasu mlecznego, zawartości wody i objętości krwinek.

Wobec naszych skąpych jeszcze, wiadomości o wzajemnym stosunku między krążeniem, oddychaniem i krwią, wyjaśnienie stwierdzonych różnic stanu krwi w związku z dobrym snem lub bezsennością jest narazie niemożliwe. Prawdopodobnie toksyny zmęczenia zmieniają stałość fizykalno-chemicznej równowagi krwi.

Dr. M. Hochrein, dr. J. Michelsen i dr. H. Becker.

Klinika wewnętrzna Uniwersytetu Lipskiego. (Arch. f. d. ges. Physiol. tom 226).

W sprawie leczenia czerwonki.

Kono leczył czerwonkę lawatywami z Rivanolu w stężeniu 1 : 1000 — 2000 i stale osiągał bardzo pomyślne wyniki. Objętość wlewanej wody wahała się przeciętnie około 400 cm³; do wewnątrz podawano poza tem 3 krople Tct. Opii spl. Gorączka już na drugi dzień zwykle opadała, liczba wypróżnień zmniejszała się znacznie, a parcie stawało się o wiele łagodniejsze. Roztwór Rivanolu nie wywoływał nigdy żadnych objawów podrażnienia i chorzy zawsze znosili go bardzo dobrze.

Spostrzeżenia *Hattoriego* są tak samo pomyślne jak spostrzeżenia *Kono.*

Dr. Hattori, (Jikken Jho 1930, Nr. 193).
Dr. Kono, (Chiryo oyobi Sh. 1930, Nr. 10).

Choroba Bürgera
Thromboangiitis obliterans.

Wieting zaproponował w przypadkach chromania przestankowego dokonywanie zabiegu chirurgicznego na naczyniach udowych, mającego na celu zmianę kierunku zwykłego prądu krwi zapomocą odpowiedniego połączenia naczyń, skierowanie go poprzez głębokie żyły tkanek i odprowadzenie go przez żyły powierzchowne. Operacja ta jest możliwa jedynie wtedy, gdy sprawa chorobowa nie dotknęła jeszcze żył. Wogóle dokonywanie zabiegu jest wskazane dopiero po uprzedniem wypróbowaniu wszelkich innych sposobów leczniczych. Dla stwierdzenia drożności żył służy następujący sposób:

Zwisająca kończyna zpoczątku przyjmuje na podudziu zabarwienie czerwonawe, które po 5 — 10 minutach zamienia się na lekko sinawe. Wówczas uciska się żyły przez nałożenie powyżej kolana opaski Martina; następnie kończynę unosi się ku górze i rozluźnia opaskę w ten sposób, aby znieść ucisk żył głębokich, zachowując jednak nadal ucisk żył powierzchownych. Czynność żył głębokich można uważać za niedostateczną, jeżeli sinica nie ustępuje wcale lub cofa się bardzo powoli.

Sympatektomja okołotętnicza Leriche'a okazuje się przeważnie w przypadkach choroby Bürgera mało skuteczną. Z innych środków pomocniczych wchodzą następnie w rachubę: leczenie spokojem, diatermją, mechanoterapja, insulina, nitrogliceryna itd. Również i Padutina okazuje pomyślny wpływ leczniczy; wstrzykuje się ją domięśniowo raz dziennie, lub w razie potrzeby częściej. Według spostrzeżeń *Muskata* działanie Padutiny jest zwykle bardzo dobre, wobec czego autor zaleca, aby we wszystkich przypadkach choroby Bürgera dokonywać przedewszystkiem próby leczenia Padutiną.

Dr. G. Muskat, Berlin.
(Med. Welt, 1931, Nr. 11).

W sprawie techniki rentgenologji dróg moczowych zapomocą Abrodilu.

Wprowadzenie Abrodilu do techniki rentgenologicznej znakomicie ułatwiło badanie rentgenowskie dróg moczowych u dzieci. Dzieciom w wieku szkolnym autor wstrzykiwał dożylnie 10 — 15 g Abrodilu w 50 cm³ przekroplonej wody. Dzieci znosiły Abrodil bardzo dobrze. Tylko jedno 11-letnie dziecko doznało uczucia gorąca, które jednak nie było wcale przykre. Ustalenie chwili najlepszego wypełnienia miedniczek nerkowych przedstawiało dotychczas pewną trudność. Otóż ułożenie dziecka po wstrzyknięciu w pozycji z wysoko uniesioną miednicą rozwiązuje to zagadnienie. Osiągnięte w ten sposób utrudnienie odpływu

z miedniczek nerkowych wystarcza dla ostrzejszego zarysowania cieni kontrastowych i jest bardziej fizjologiczne niż mechaniczny ucisk moczowodów. Wysokie ułożenie miednicy okazuje się szczególnie cennem zwłaszcza w tych przypadkach, w których rozchodzi się o ocenę czynności nerek na podstawie braku wypełnienia miedniczek nerkowych.

Doc. dr. J. Becker.

Klinika pedjatryczna Uniwersytetu w Bonn.
(Röntgenpraxis 1931, z. 4).

Badania nad wydzielaniem ołowiu przez nerki.

Zatrzymanie w ustroju wapnia prowadzi u chorych, zatrutych ołowiem, również do zatrzymania ołowiu. Dodatnia przemiana wapniowa sprzyja z tego względu odkładaniu się ołowiu w kościach. Podawanie wapnia z dietą zasadową lub bez niej zawsze doprowadzało do wyraźnego zmniejszania się wydzielania ołowiu przez nerki. Kwaśna dieta z dodatkiem chlorku amonu wcale nie przyspieszała wydzielania. Nawet po 12 g NH_4Cl autorzy nietylko nie stwierdzali żadnej poprawy, lecz raczej zahamowanie wydzielania ołowiu.

Wyraźne natomiast wzmożenie wydzielania ołowiu następowało po podawaniu Natrii bicarbonici lub jodku potasu. Autorzy opisują historję choroby robotnika dotkniętego ołowicą, który wydzielał przeciętnie w ciągu doby 0,74 mg ołowiu; pod wpływem zażywania codziennie 2 g Kali jodati dobowe wydzielanie ołowiu podniosło się do 1,9 mg.

Dr. St. Litzner, dr. F. Weyrauch i dr. E. Barth.

Klinika Chor. Wewn. i Zakład Higjeny Uniw. Halle-Wittenberg.
(Arch. Gewerbpath. u. Gewerbehyg. 1931, tom 2).

ZJAZDY:

9—16 lipca 1932 r. Royal Sanitary Institute, Brighton.

26—30 lipca 1932 r. Stuletnia rocznica istnienia Britisch Medical Associaton, Londyn.

15—19 sierpnia 1932 r. Międzynarodowy Kongres dla badania światła w Kopenhadze.

24—31 sierpnia 1932 r. IV Międzynarodowy kongres poświęcony sprawom dziedziczności w Ithaka, New-York.

28—30 sierpnia 1932 r. V Lekarski Kurs w Ciechocinku.

4—10/IX 1932 r. Kurs terapji gruźlicy w Scheilegg.

6—9 września 1932 r. Kongres Międzynarodowej Unji zwalczania gruźlicy w Hadze.

10—18 września 1932 r. IX Zjazd Międzynarodowy historji medycyny odbędzie się w Bukareszcie.

19—22 września 1932 r. Międzynarodowy Kongres w sprawach chorób żółciowych w Vichy.

21 września 1932 r. Zjazd międzynarodowy dla psychiatrycznej higjeny w Paryżu.

27—30 września 1932 r. II Międzynarodowy Kongres poświęcony chorobom gardła, nosa i ust w Madrycie.

7—14 października 1932 r. II Międzynarodowy kongres w sprawie zwalczania plagi szczurzej i dżumy w Paryżu.

13—15 października 1932 r. Zjazd ligi przeciwreumatycznej w Paryżu.

30—31 października 1932 r. III. Ogólnopolski Zjazd przeciwrakowy, odbędzie się w Łodzi.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.